



HAL
open science

Le positionnement de l'ergothérapeute en regard d'une demande du patient qui pourrait nuire à sa santé

Kélian Savre

► To cite this version:

Kélian Savre. Le positionnement de l'ergothérapeute en regard d'une demande du patient qui pourrait nuire à sa santé. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03335515

HAL Id: dumas-03335515

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03335515>

Submitted on 6 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License



Institut de Formation en Ergothérapie

Kélian SAVRE

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la
recherche

Pour le 23 Août 2021

**Le positionnement de l'ergothérapeute en regard d'une
demande du patient qui pourrait nuire à sa santé.**

Sous la direction de BLANC Catheline et de COLOMBERO
Stéphanie

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

Je tiens à remercier dans un premier temps ma famille qui a été un soutien permanent au cours de ce travail et des difficultés que j'ai pu rencontrer

Je remercie ma directrice de mémoire et ma référente professionnelle pour les conseils et l'éclairage qu'elles ont pu me fournir durant l'ensemble de ce travail

Je tiens à remercier mes différents tuteurs de stages qui m'ont apporté leur expérience et m'ont aidé à grandir en tant qu'ergothérapeute durant ces années de formation et au cours de ce travail

Je remercie également l'équipe pédagogique et administrative ainsi que mes camarades de promotion pour ce qu'ils ont pu m'apporter pendant ces trois années

Sommaire :

1	Introduction	1
1.1	Contexte et problématique professionnelle	1
1.1.1	Contexte et émergence du point de rupture	1
1.1.2	Questionnements et problématique professionnelle	2
1.2	Thème abordé et sa résonance.....	3
1.2.1	Définition et choix du thème	3
1.2.2	Champs disciplinaires concernés	4
1.2.3	Résonance du thème	4
1.3	Méthodologie utilisée pour l'état des lieux de la recherche.....	6
1.3.1	Choix des bases de données.....	6
1.3.2	Formulation des mots-clés	7
1.3.3	Etablissement de l'équation de recherche.....	8
1.3.4	Critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche littéraire	8
1.3.5	Résultats de la recherche littéraire et articles retenus	9
1.4	Analyse critique de la revue de littérature.....	9
1.4.1	Concepts et courants de pensée éthique en santé et leur législation.....	10
1.4.2	Décisions éthiques en ergothérapie et en santé.....	12
1.4.3	Avancée du questionnement suite à l'état des lieux de la recherche et des savoirs	14
1.4.4	La problématisation pratique	15
1.5	L'enquête exploratoire	15

1.5.1 Population cible de l'enquête exploratoire	16
1.5.2 Outil de recueil de données.....	16
1.5.3 Biais anticipés et stratégies pour les limiter	17
1.5.4 Déroulement de l'enquête.....	18
1.5.5 Résultats de l'enquête exploratoire.....	18
1.5.6 Confrontation des résultats de l'enquête exploratoire et de la revue de littérature	19
1.5.7 Analyse critique de l'enquête exploratoire	20
1.6 Question initiale de recherche	21
1.6.1 Synthèse avant la question initiale de recherche	21
1.6.2 Questionnement et établissement de la question initiale de recherche.....	21
1.7 Cadre conceptuel.....	22
1.7.1 Les champs disciplinaires	22
1.7.2 Les concepts étudiés	23
1.8 Cadre conceptuel.....	24
1.8.1 Concept d'éthique.....	24
1.8.2 Concept d'autonomie.....	26
1.8.3 Concept de bienfaisance	27
1.8.4 Concept de non-malfaisance.....	28
1.8.5 Concept de conflit décisionnel.....	28
1.8.6 Concept d'identité professionnelle	30
1.9 Question et objet de recherche	31

2	Matériel et Méthode	32
2.1	Choix de la méthode de recherche	32
2.2	Matériel	33
2.2.1	Choix de la population.....	33
2.2.2	Critères d'inclusion et d'exclusion	34
2.3	Sites d'exploration.....	34
2.4	Choix de l'outil de recueil de données et biais anticipés	35
2.4.1	Argumentation du choix de l'outil de recueil de données sélectionné	35
2.4.2	Biais anticipés et stratégies pour les limiter	36
2.5	Question inaugurale.....	37
2.6	Test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche.....	38
2.7	Déroulement de la recherche.....	39
2.8	Outils de traitement et d'analyse de données sélectionnés	40
3	Présentation des résultats	40
3.1	Données descriptives.....	41
3.2	Données textuelles.....	41
4	Discussion des données	50
4.1	Interprétation des résultats	51
4.1.1	L'acceptation de la volonté du patient et de la non-toute-puissance du soignant	51
4.1.2	Divergences d'approches des conflits décisionnels entre les soignants.....	52
4.1.3	Les éléments facilitateurs et les obstacles ou limites observées lors des conflits décisionnels	54

4.2	Eléments de réponses à l'objet de recherche.....	55
4.3	Critique du dispositif de recherche.....	56
4.4	Apports, intérêts et limite des résultats pour la pratique professionnelle.....	57
4.5	Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle	57
4.6	Perspectives de recherche.....	58
	Bibliographie :	60
	Annexes :	62

1 Introduction

1.1 Contexte et problématique professionnelle

1.1.1 Contexte et émergence du point de rupture

Au cours de mes réflexions personnelles, je me suis questionné concernant une situation dans laquelle le patient aurait formulé un souhait qui serait jugé néfaste pour son état de santé actuel par le médecin et l'ergothérapeute. Imaginons par exemple qu'un patient soit atteint d'une myopathie et qu'il dispose encore d'une majeure partie de ses capacités motrices. Lors d'une consultation avec le médecin et l'ergothérapeute le patient formulerait, par exemple, le souhait d'acquérir un fauteuil roulant électrique afin de faciliter ses déplacements. Le patient serait déjà en possession d'un fauteuil roulant manuel qu'il utilisait au quotidien pour ses déplacements. Le médecin et l'ergothérapeute pourraient s'opposer à cette demande du patient. En effet, il est possible qu'ils choisissent d'expliquer au patient qu'une motorisation entraînerait une diminution conséquente de son activité physique. Cette diminution d'activité conduirait alors à une aggravation précoce de l'état du patient sous la forme d'une fonte musculaire ce qui mettrait en jeu son autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Le refus des soignants concernant le projet du patient semble cohérent et fondé sur des arguments concrets dans cette situation. Cependant comment le patient va-t-il vivre ce refus ? Si le patient n'a pas accepté l'explication du médecin et de l'ergothérapeute, il est possible qu'il refuse de poursuivre son suivi médical avec eux.

Dans cet exemple fictif, on peut observer que la demande du patient a été refusée pour des raisons qui paraissent justifiées puisqu'elle considère l'état de santé du patient. Néanmoins on peut également observer qu'il y a eu une rupture de la relation thérapeutique. La rupture thérapeutique pourrait avoir une conséquence grave sur le parcours de santé du patient qui pourrait outrepasser les risques présents pour sa demande de motorisation.

J'ai également été amené à avoir une réflexion similaire concernant une situation différente avec une posture plus souple de la part de l'équipe. Pour cette situation fictive, le patient serait accueilli en centre de rééducation suite à une lésion traumatologique causée par un accident de la voie publique. Le patient serait arrivé depuis peu dans le centre de rééducation et aurait subi une opération au préalable. Il souhaiterait absolument accélérer sa récupération et a donc décidé de multiplier les exercices de rééducation et d'ignorer totalement les consignes sur la durée et

la fréquence de ces exercices fournies par l'ergothérapeute et les autres professionnels de l'équipe. Les semaines passent et il n'y aurait pas eu de mesures supplémentaires qui auraient été mises en place par l'équipe en dehors des avertissements sur les risques que le comportement du patient impliquait pour sa santé. Après un certain temps, le patient se serait finalement blessé et il aurait été transféré à l'hôpital ce qui aura allongé son temps de prise en soin.

On peut observer dans le second cas que le patient avait également un souhait qui était néfaste pour son état de santé actuel. Néanmoins, dans cette situation, l'ergothérapeute et les autres professionnels de l'équipe soignante auraient uniquement choisit d'avertir le patient sur les risques de son comportement. L'équipe médicale n'aurait pas pris de mesure pour empêcher totalement que le patient poursuive son comportement dangereux. Le souhait du patient a donc été respecté mais cela a eu des conséquences importantes sur son état de santé.

Etant donné que l'ergothérapie est une thérapie basée sur la prise en soin centrée sur la personne on peut penser que les souhaits du patient sont une priorité dans l'intervention et qu'il faut donc les privilégier. Néanmoins notre rôle de soignant nous amène également à considérer l'état de santé du patient et l'impact que ses demandes peuvent avoir sur cet état que nous cherchons à préserver ou à améliorer. Il peut y avoir des conséquences graves pour ce genre de décision et il est donc crucial de pouvoir y répondre de manière adéquate. En observant la dualité que pouvait présenter ces deux cas qui me semblent plausibles bien que fictifs, j'ai décidé de poursuivre ce questionnement afin de définir le positionnement que je pourrai établir en tant qu'ergothérapeute si des situations de ce type venaient à se présenter dans ma pratique professionnelle.

1.1.2 Questionnements et problématique professionnelle

Comme dit précédemment, ces situations ont amenées de nombreuses questions concernant l'ergothérapeute et son positionnement en regard des demandes du patient qui rentraient en conflit avec son état de santé :

- Doit-on accepter les demandes du patient et se contenter de lui exposer les risques même s'il se met en danger ?

- Faut-il refuser les demandes qui pourraient nuire à l'état du patient au-delà d'un certain seuil ? Si tel est le cas comment définir ce "seuil d'acceptation" des demandes du patient et est-il vraiment correct d'un point de vue éthique de décider à sa place ?
- Est-il envisageable de faire une concession concernant les risques que peuvent entraîner une demande d'un patient pour son état de santé si cela lui permet d'améliorer son équilibre occupationnel ? Qu'en est-il quand l'enjeu est majoritairement psychologique ou fonctionnel pour la personne ?

Ce questionnement a mené à une interrogation concernant la posture professionnelle qui permettrait d'appréhender ce genre de situation de la manière la plus appropriée tant au niveau éthique qu'au niveau de l'intérêt du patient et du rôle du thérapeute. La problématique semble donc devoir être en lien avec la posture de l'ergothérapeute puisque la majorité du questionnement portait sur ce concept. La problématique suivante a donc été établie :

Comment les ergothérapeutes peuvent-ils se positionner pour pouvoir répondre à une demande du patient qui rentre en conflit avec son état de santé ?

1.2 Thème abordé et sa résonance

1.2.1 Définition et choix du thème

Nous avons déjà établi au travers de notre problématique que le thème allait porter sur le positionnement de l'ergothérapeute en regard d'une demande du patient qui rentre en conflit avec son état de santé. Nous avons donc déjà choisi notre thème mais nous devons maintenant définir la population qui sera concernée par ce thème afin de le préciser davantage.

L'objectif de ce travail est d'obtenir une vision du thème abordé dans le cas où le patient a conscience de son état et ne présente pas de troubles concernant ses capacités décisionnelles. En effet, si le patient n'est pas en mesure de reconnaître ses troubles ou qu'il est dans un état d'incapacité décisionnelle cela remet en question la légitimité de ses demandes si elles rentrent en conflit avec son état de santé. Il existe d'ailleurs des systèmes décisionnels tel que la curatelle ou la personne de confiance afin qu'une personne tierce puisse prendre ce genre de décision à leur place mais nous ne rentrerons pas plus en détails dans ce cas particulier. Il est donc nécessaire de préciser l'exclusion de patients qui présentent des atteintes qui peuvent remettre en question leurs capacités décisionnelles tels que les patients déments ou les patients anosognosique dans le thème.

Il semble peu pertinent d'imposer une restriction concernant les lieux et les champs de pratique. Étant donné que le thème s'intéresse au positionnement en regard d'une prise de décision éthique, la diversité peut nous être bénéfique afin d'estimer s'il existe des différences entre les milieux ou non et si les résultats obtenus diffèrent eux aussi. Dans la même pensée, étant donné que le thème concerne l'éthique, il semble pertinent d'observer les résultats dans d'autres pays compte-tenu du fait que les mœurs et les lois diffèrent d'un territoire à un autre. Le thème ne doit donc pas restreindre les milieux ou les champs d'exercice et elle doit incorporer le monde entier.

Le thème qui sera retenu sera donc : Le positionnement de l'ergothérapeute en regard d'une demande du patient, qui ne présente pas d'atteinte pouvant remettre en question ses capacités décisionnelles, concernant son projet personnel qui pourrait nuire à sa prise en soin.

Pour définir davantage le thème, nous allons dans un premier temps définir les champs disciplinaires qui sont lui sont inhérents, puis nous établirons une recherche en avec ces champs disciplinaires afin d'étudier des sources pour développer notre réflexion.

1.2.2 Champs disciplinaires concernés

Le thème met en œuvre plusieurs champs disciplinaires. Tout d'abord l'éthique et la médecine, en effet, comme nous avons pu le dire précédemment, le thème concerne le positionnement de l'ergothérapeute dans une situation donnée et par conséquent il réfère également à la posture professionnelle de l'ergothérapeute et à l'éthique qui est liée à ce positionnement. On s'intéresse donc à l'éthique d'une profession du domaine médical. Le thème considère aussi la dimension de l'éthique sur le plan de la situation pour laquelle on s'intéresse au positionnement de l'ergothérapeute qui concerne une décision envers le respect des choix du patient. Par conséquent, la question éthique du respect des décisions du patient entre également en œuvre dans ce thème et on retrouve de nouveau une notion d'éthique médicale.

Le troisième champ disciplinaire concerné est celui de la santé publique étant donné que le thème et la problématique prennent en compte la notion d'autonomie du patient dans ses décisions et donc son libre-arbitre dans le cadre d'interventions médicales.

1.2.3 Résonnance du thème

Le thème choisi fait référence au positionnement d'un thérapeute à l'égard des demandes du patient. Il réfère donc à la capacité décisionnelle et l'autonomie du patient concernant sa prise

en soin. Il met également en jeu une question éthique concernant le fait que la demande venant du patient va à l'encontre de son bien-être. On peut donc se questionner sur le fait que ce thème réfère à une question socialement vive qui concerne les droits du patient et du thérapeute. L'éthique médicale et la législation varient énormément concernant ces points. On peut observer une volonté d'inclure le patient comme étant acteur de sa prise en charge venant de la Haute Autorité de Santé (HAS) (7). Dans le même esprit, la législation a évolué à de nombreuses reprises avec notamment l'article L.1111-4 du code de la santé publique qui indique que le médecin doit respecter les choix de la personne concernant l'acceptation d'un traitement (1). Néanmoins la législation pour les droits du patient ne prévoit pas le cas où la demande vient du patient. Et selon l'article R4127-47 du code de la santé publique, « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles » (2). Le médecin est donc en droit de refuser une demande venant du patient si elle ne met pas sa vie en danger. On peut donc observer une contradiction entre l'aspect promoteur de l'autonomie du patient et le droit de refus du médecin. Cette contradiction justifie le fait qu'on s'intéresse au positionnement à adopter en ergothérapie dans ce genre de situation.

Mais qu'en est-il de la pensée actuelle en ergothérapie ? Marie-Josée Drolet, qui est ergothérapeute, décrit en 2014 que « le modèle biomédical consacrant le thérapeute tout puissant et détenteur du savoir, laisse petit à petit la place à une approche bio-psycho-sociale » (18). Carl Rogers a développé une approche centrée sur la personne (19) qui est devenu l'un des piliers de la pratique de l'ergothérapie qui est défini comme étant une pratique centrée sur la personne et basée sur l'occupation par la WFOT (World Federation of Occupational Therapist) (17). On observe donc une volonté de rendre la personne acteur de son projet de soin dans la pratique de l'ergothérapie. Il y a néanmoins également une opposition entre le modèle biomédical dans lequel le thérapeute est “celui qui sait” et le modèle bio-psycho-social qui ne placerait plus le soignant en tant que “tout-puissant” et prendrait en compte qui semble concerner le thérapeute de manière générale et qui a pu être observée dans la littérature scientifique il y a quelques années.

Intéressons-nous maintenant aux enjeux du thème. Comme nous avons pu le rappeler, le thème concerne l'autonomie du patient dans l'intervention médicale et sa capacité décisionnelle. Nous avons pu observer qu'il y a une contradiction au niveau de la législation qui rend le positionnement à adopter incertain. Ainsi, le thème présente un enjeu important du domaine de

la santé publique si l'on considère l'ambiguïté de la législation. Une étude des points de vue concernant l'éthique médicale à ce sujet permettra éventuellement d'établir le type de positionnement à adopter pour le soignant. Étant donné que le thème s'intéresse à la posture professionnelle de l'ergothérapeute dans une situation donnée, il présente aussi des enjeux professionnels. Il vise à étudier le comportement que doit adopter le thérapeute en réponse à une situation incertaine et permettra éventuellement l'amélioration de la posture professionnelle de la profession. Cette pratique fait partie des rôles de l'ergothérapeute qui doit constamment chercher à améliorer sa pratique conformément à la compétence 7 du référentiel de compétences de l'ergothérapeute "évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle" (20). Les enjeux du thème sont donc de santé publique, concernant le positionnement du thérapeute envers l'autonomie décisionnelle du patient, et professionnel, dans le but d'étudier et d'améliorer la posture professionnelle de l'ergothérapeute.

Les intérêts du thème font écho aux enjeux. Ils sont basés sur une meilleure compréhension du positionnement à adopter dans ce genre de situation et par conséquent une amélioration de la posture professionnelle de l'ergothérapeute et de son intervention.

Nous allons maintenant nous intéresser à la méthodologie que nous allons suivre pour la revue de littérature.

1.3 Méthodologie utilisée pour l'état des lieux de la recherche

1.3.1 Choix des bases de données

Pour cette recherche, des bases de données ont été choisies en lien avec leur pertinence et les apports qu'elles pouvaient amener à ce travail. On retrouve notamment :

- ScienceDirect, qui est une base de données réputée dans le domaine scientifique et qui regroupe de nombreuses revues scientifiques.
- Pubmed, qui est également une base de données renommée dans le monde scientifique qui regroupe de nombreuses recherches et articles du domaine médical.
- Cairn, qui est une base de données qui renferme un grand nombre de recherche dans de nombreuses disciplines. Cette diversité nous permettra donc d'obtenir un point de vue large mais également de nous intéresser à certains aspects manquant dans les autres bases de données comme les sciences humaines et sociales.

- Google Scholar, qui représente une base de données extrêmement large et non spécifique. Cette non-spécificité nous permettra d’obtenir des résultats qui auraient pu nous échapper dû à notre manque d’expérience dans l’utilisation des bases de données.
- Légifrance, qui est une base de données juridique française qui nous permettra donc de nous intéresser à la législation en France en rapport avec notre thème.

1.3.2 Formulation des mots-clés

Après la sélection des bases de données qui serviront pour la recherche, il est nécessaire d’établir des mots-clés qui définiront l’équation de recherche qui sera utilisée. Les mots-clés doivent concerner directement le thème visé et il est essentiel d’éviter un surplus inutile de termes qui amènerait à une pollution des résultats obtenus. De plus, il est important d’utiliser des termes qui soient reconnaissables et utilisables dans les différentes bases de données. Pour cela le site HeTop a été utilisé afin d’établir mes mots-clés sous la forme de termes MeSH qui sont utilisés dans les bases de données anglophones ou mondiales telles que PubMed, ScienceDirect et GoogleScholar. Les termes MeSH retenus ont été employés dans la langue française ainsi que dans la langue anglaise afin de modifier l’équation de recherche selon la langue qui sera utilisée dans la base de données ce qui devrait nous permettre d’obtenir une plus grande quantité de résultats. Par conséquent, les termes-clés qui seront retenus pour cette recherche seront :

- Éthique / Ethic, étant donné que le thème de la recherche fait référence à une question éthique concernant le positionnement de l’ergothérapeute et les droits du patient.
- Prise de décision / Decision making, puisque nous nous intéressons non seulement au positionnement du thérapeute et à sa prise de décision dans un conflit éthique mais également à la capacité du patient à prendre des décisions pour son projet personnel.
- Ergothérapie / Occupational therapy, afin d’obtenir des informations sur le thème dans le domaine de l’ergothérapie et par conséquent le point de vue d’autres ergothérapeutes sur le sujet.
- Autonomie personnelle / Personal autonomy, étant donné que le thème porte également sur les décisions du patient et sa capacité à les prendre en autonomie.

1.3.3 Etablissement de l'équation de recherche

Maintenant que les mots-clés ont été sélectionnés, il faut incorporer des opérateurs booléens afin de formuler une équation de recherche. Dans un premier temps, le choix d'incorporer l'opérateur booléen "OU / OR" a été réalisé afin d'obtenir des résultats qui traiteraient de tous les mots-clés et qui permettraient par conséquent de considérer les résultats qui ne contiendraient pas forcément tous les mots-clés mais qui se rapprocheraient quand même du thème. Des parenthèses ont également été utilisées afin d'établir une priorité dans les mots-clés ainsi que l'opérateur booléen " * " afin d'obtenir les résultats qui contiendrait mes mots-clés sous un accord différent (pluriel notamment) ou avec des termes apparentés (Ergothérap* permettrait d'obtenir les résultats concernant l'ergothérapie et les ergothérapeutes par exemple). L'équation de recherche était donc la suivante :

En français :

- (((Éthique*) OU Prise de décision*) OU Ergothérap*) OU Autonomie personnelle

En anglais :

- (((Ethic*) OR Decision making*) OR Occupational therap*) OR Personal autonomy

Pour affiner nos résultats lors de cette recherche, nous avons utilisé des filtres afin de sélectionner les résultats où il y aurait une présence des mots-clés de l'équation de recherche dans le texte, le résumé ou encore le titre du document retenu.

Un tableau récapitulatif a été réalisé pour observer les résultats obtenus et les articles retenus selon les bases de données (Annexe 1).

1.3.4 Critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche littéraire

Concernant les critères d'inclusion de la recherche, les travaux écrits en langues étrangères notamment l'anglais seront inclus étant donné que la littérature française en ergothérapie est encore assez peu développée comparé à celle d'autres pays. De même, il est intéressant de pouvoir observer les points de vue éthique des pays étrangers concernant notre thème.

Les travaux anciens comme récents seront également inclus dans la recherche puisqu'ils permettront d'observer l'évolution de la pensée dans le cadre de la question éthique qu'apporte notre thème.

Concernant les critères d'exclusion, ils ne comprendront que les articles de presse et les critiques littéraires dû à leur non-scientificité ce qui les rend incompatible avec un travail de recherche scientifique. Seront également exclus les travaux étrangers dans les langues qui ne sont pas correctement maîtrisées afin d'éviter des interprétations faussées des données présentées dans les articles.

1.3.5 Résultats de la recherche littéraire et articles retenus

On peut noter qu'il y a peu d'articles en lien direct avec le thème choisi dans les bases de données selon notre équation de recherche.

La revue de littérature comporte quatre études scientifiques de formes diverses ainsi que deux articles du code de la santé publique. Un article d'étude scientifique qualitatif supplémentaire a également été retenu dans le cadre d'une lecture opportune. Les articles et textes retenus ont été analysés et les résultats ont été regroupés dans un tableau récapitulatif afin d'estimer leur scientificité et leur corrélation en rapport avec notre thème (Annexe 2). Les différents articles retenus décrivent tous une méthodologie détaillée concernant les moyens utilisés durant le processus de recherche et leurs travaux ont tous été publiés dans des revues renommées. Ces éléments renforcent la crédibilité scientifique des études observées. Concernant les articles du Code de la Santé Publique utilisés pour ce travail, ils ne sont pas questionnables sur leur scientificité étant donné qu'ils n'appartiennent pas au monde scientifique et n'ont pas cette visée. Leur légitimité est indiscutable étant donné qu'ils appartiennent à la législation française actuelle et représentent par conséquent la loi en vigueur actuellement.

Nous allons maintenant passer à l'analyse critique de la revue de littérature.

1.4 Analyse critique de la revue de littérature

Nous pouvons retrouver deux sous-thématiques principales dans les travaux retenus. La première sous-thématique concerne les concepts et courants de pensée éthique en santé et la législation qui les régit. La deuxième sous-thématique, quant à elle, porte sur les obstacles concernant les décisions éthiques en ergothérapie et le rôle de l'ergothérapeute concernant ces prises de décisions.

1.4.1 Concepts et courants de pensée éthique en santé et leur législation

Le thème concerne une question éthique importante concernant le positionnement du thérapeute envers les demandes de son patient qui pourraient impacter négativement son état de santé. Il est donc important d'observer les courants de pensée et les concepts éthiques utilisés en médecine afin de définir le positionnement jugé comme étant moralement acceptable pour ce genre de situations. Il sera également essentiel d'étudier la législation française autour du positionnement du soignant dans ce type de situation afin d'établir les restrictions et les limites législatives que les ergothérapeutes pourraient rencontrer.

Raanan Gillon décrit tout d'abord l'approche développée par Beauchamp et Childress concernant l'éthique biomédicale. Cette approche est basée sur 4 principes qui sont l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Cette approche a été décrite par ses créateurs comme étant applicable par n'importe quel thérapeute malgré ses convictions personnelles. Ils décrivent également que l'approche des 4 principes englobe la majorité des problèmes éthiques et moraux que l'on peut rencontrer en tant que thérapeute dans le cadre d'une intervention médicale. Or, Raanan Gillon a décrit que l'approche présentait des défauts importants et qu'elle ne propose aucune solution à la gestion des conflits entre les différents principes. Par conséquent, il est possible d'observer des conflits d'intérêts entre l'autonomie du patient et la bienfaisance ou la non-malfaisance du thérapeute par exemple. Il décrit néanmoins également qu'il n'a pu rencontrer aucune personne qui se serait opposé à ces principes. On peut donc penser que l'approche des 4 principes est un concept éthique populaire et pertinent malgré les défauts mis en avant. Ce qui signifierait que les concepts éthiques utilisés peuvent présenter des contradictions qui rend leur application complexe pour certaines situations (6). Nous pouvons donc nous demander si, malgré les contradictions mises en évidence, ces théories éthiques sont utilisables de manière universelle ou non. Si ce n'est pas le cas, peut-on penser que le thérapeute pourrait se retrouver dans une forme d'incapacité décisionnelle si un conflit d'intérêt se présente ?

Si l'on applique ces principes à notre thème, on peut imaginer que le conflit se situerait entre la volonté de respecter le principe d'autonomie du patient et les principes de bienfaisance et de non-malfaisance du thérapeute. Le principe d'autonomie pourrait impliquer de le laisser libre dans ses décisions et son projet de soin, tant que cela reste pertinent, et les principes de bienfaisance et de non-malfaisance viseraient à offrir l'approche la moins néfaste pour l'état de santé du patient afin de le guider dans sa récupération et de lui éviter des souffrances inutiles.

Par conséquent, on peut penser que si le patient venait à émettre une demande pertinente mais qui impacterait négativement son état de santé et qu'il existait une alternative qui ne présente pas cet inconvénient, alors, le thérapeute pourrait être soumis à un conflit entre le choix du patient et sa propre expertise.

L'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique décrit que les patients ont le droit de refuser les soins proposés par les médecins et ces derniers doivent respecter cette décision et essayer de les convaincre en leur présentant les intérêts de leur intervention et la conséquence de leur choix (1). Par conséquent, la loi favorise l'indépendance du patient et essaye de le rendre acteur de sa prise en soin. Si l'on pousse le raisonnement un peu plus loin on peut estimer que cet article de loi va dans le sens du respect du choix du patient concernant ses demandes pour son projet de soin et ce même si elles ont un impact sur sa santé. Cependant, l'article R.4127-47 du Code de la Santé Publique décrit que les médecins sont en droit de refuser de soigner un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles tant que ce patient n'est pas en danger de mort si l'intervention n'a pas lieu (2). Ce qui signifie que le soignant peut légalement refuser les demandes du patient et donc choisir de privilégier les principes de bienfaisance et non-malfaisance à celui d'autonomie. Cette possibilité n'existe que dans le cas d'une demande émanant du patient et non pas celle d'un projet de soin proposé par le thérapeute. Néanmoins, même si le cas est rare, cela montre qu'il existe une contradiction au niveau de la législation qui privilégie à la fois l'autonomie décisionnelle du patient mais permet également la possibilité de rejeter les demandes du patient pour les thérapeutes. Etant donné que la législation mais également les principes éthiques semblent pouvoir rentrer en conflit entre eux et qu'il ne semble pas qu'il existe une réponse décrite par la déontologie ou la loi pour régler ces oppositions, on peut se demander si le thérapeute pourrait éventuellement se retrouver abandonné concernant sa posture professionnelle dans ce genre de situations.

Nous observons par conséquent un axe de corroboration entre la législation et les éléments apportés par la recherche de R. Gillon puisque nous observons une contradiction tant sur le plan éthique que sur le plan législatif pour la prise de décision dans le cadre de notre thème ce qui peut rendre la prise de décision éthique complexe pour les soignants. On observe également un axe d'opposition entre les deux législations puisqu'elles rentrent en conflit concernant l'autonomie décisionnelle du patient. Nous avons dans un premier temps un article qui vise à promouvoir l'indépendance du patient dans son parcours de santé en lui permettant de refuser les soins qui lui sont proposés (1). Mais à cela peut s'opposer le second article qui quant à lui

promeut la liberté décisionnelle des soignants en leur autorisant à refuser de réaliser des soins en se basant sur des raisons professionnelles ou personnelles tant que le pronostic vital du patient n'est pas mis en danger (2). Par conséquent, dans le cadre d'un conflit décisionnel entre le patient et le soignant dans le cadre d'une demande du patient qui aurait un impact négatif sur sa propre santé, on observe une claire opposition entre l'autonomie décisionnel des deux positions. Le soignant est libre de refuser le soin s'il l'estime non bénéfique pour le patient et qu'il ne met pas en danger le pronostic vital et donc d'asseoir sa propre autonomie décisionnelle et nier totalement celle du patient qui est pourtant censée être absolue lorsque le soin est proposé et non pas demandé.

Nous avons donc pu établir que les prises de décisions sont un enjeu complexe tant sur le plan purement éthique que sur le plan législatif puisqu'il existe des conflits d'intérêts entre les valeurs. On peut donc se demander s'il existe d'autres éléments pouvant complexifier davantage la prise de décision en dehors de ceux que nous avons déjà évoqués. On peut également se demander comment l'ergothérapeute peut prendre une décision dans le cadre d'un conflit d'intérêt de ce type ?

1.4.2 Décisions éthiques en ergothérapie et en santé

Après s'être intéressé aux concepts généraux éthiques de la médecine et leur législation, il est intéressant d'étudier le point de vue de l'ergothérapie concernant les décisions éthiques. Cela permettra de comparer si l'approche est différente ou non pour les ergothérapeutes et si elle peut être impactée ou non par le conflit éthique entre les principes qui a été observé.

Penny Kyler-Hutchison décrit que selon lui l'approche à privilégier est celle du consentement éclairé et que l'ergothérapeute joue un rôle essentiel dans l'établissement d'un environnement qui facilitera la prise de décision du patient (4). Ce point de vue rentre en corrélation avec le principe d'autonomie et l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique qui privilégient également le fait de rendre le patient acteur de sa prise en charge. Il s'agit néanmoins encore une fois d'une approche théorique, on peut donc se questionner sur le point de vue des professionnels dans le cadre de leur pratique.

Andrew R. Freeman a réalisé une étude qualitative auprès de 21 ergothérapeutes, qui exercent aux USA, sous la forme d'interview. Cette étude avait pour but de décrire comment les ergothérapeutes arrivaient à remplir leurs responsabilités dans leur travail malgré les limites posées sur le système de santé actuel. Il a mis en évidence dans cette étude que le contexte

actuel du monde de la santé aurait des effets négatifs potentiels tant pour la qualité des services offerts aux patients que pour l'activité des professionnels de santé. Les résultats de l'étude montrent également que les défis qui sont ressentis par les ergothérapeutes peuvent principalement se traduire par des problèmes de ressources humaines et concernent généralement leurs obligations éthiques. L'étude insiste également sur le fait que ces difficultés impactent l'intervention des thérapeutes et qu'ils essayent de faire au mieux du possible pour chaque cas (5). Ces informations peuvent rentrer en corroboration avec l'existence du conflit éthique qui a été observé précédemment. Elles complètent également nos informations en nous permettant d'obtenir le point de vue d'ergothérapeutes pratiquants et d'apprendre que les difficultés ressenties pourraient aussi être liées aux ressources humaines mises à disposition des professionnels. La notion d'impact sur l'intervention sur l'ergothérapeute est également présente et renforcerait grandement les enjeux du questionnement si elle est vérifiée. On peut donc se questionner concernant le fait qu'il s'agisse d'un problème local ou non et sur l'origine précise des difficultés des ergothérapeutes concernant les décisions éthiques.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'étude réalisée par Sandra VanderKaay. Cette étude est qualitative et est basée sur une interview qui a été réalisée auprès de 18 ergothérapeutes canadiens d'expérience et de milieux de pratiques différents. Cet article avait pour but de décrire la perception des ergothérapeutes concernant leurs capacités en prise de décision éthiques. Les résultats ont montré que les ergothérapeutes ressentaient un manque de connaissances et de support concernant les prises de décision éthiques et éprouvaient des difficultés dans leur pratique par rapport à cela (3). Cette étude rentre en corroboration avec celle de Andrew R. Freeman (5) puisqu'elle montre que des ergothérapeutes qui exercent dans des pays différents décrivent des problèmes similaires concernant les décisions éthiques. Par conséquent, nous pouvons établir qu'il ne s'agissait pas d'un problème local. De plus, les études se complètent aussi sur l'origine des troubles qui sont décrites comme étant liées aux "ressources humaines" (5) et à un "manque de connaissances et de support pour la prise de décision éthique" (3). L'étude montre également le fait que les connaissances éthiques dont disposent les ergothérapeutes actuellement ne sont pas suffisantes pour être utilisées dans certains cas. Ce point corrobore avec l'opposition des principes éthiques que décrit Raanan Gillon dans son article (6) qui peut laisser à penser que les outils dont disposent les thérapeutes et qui sont pourtant reconnus pourraient ne pas être fonctionnel pour toutes les situations.

Pour finir, nous allons nous observer l'étude réalisée par Xueni Pan. Il s'agit d'une étude qualitative réalisée en 2015 auprès de 21 médecins (12 d'entre eux étaient expérimentés et exerçaient depuis un certain temps et les 9 autres étaient encore dans leur parcours scolaire). Le déroulement de l'étude était basé sur une confrontation des participants à une situation en réalité virtuelle dans laquelle un patient déraisonnable demanderait des antibiotiques qui seraient totalement inutiles dans le contexte de sa pathologie. Elle avait pour but d'observer si les médecins expérimentés seraient plus résistants concernant la demande du patient que les médecins inexpérimentés. Les résultats ont montré que dans pratiquement tous les cas qu'il s'agisse d'un médecin expérimenté ou non, la demande du patient déraisonnable avait été acceptée (21). Les résultats de cette étude complètent celles de Andrew R. Freeman (5) et Sandra VanderKaay (3) étant donné qu'elle nous permet d'observer que les prises de décisions éthiques semblent être un défi pour les autres professionnels de santé. En effet, dans la situation décrite pour le contexte de l'étude, il semble logique de s'opposer à la prescription des antibiotiques qui ne sont pas nécessaires pour la patiente et pourraient l'exposer à des risques (effets secondaires par exemple). Néanmoins les médecins semblent avoir abandonné leur positionnement initial de refus et ont fini par respecter la volonté de la patiente plutôt que leur expertise professionnelle dans ce cas. On peut donc penser que le conflit décisionnel entre le patient et le soignant pourrait avoir une incidence sur sa pratique ou sur ses convictions en tant que professionnel de santé.

1.4.3 Avancée du questionnement suite à l'état des lieux de la recherche et des savoirs

Le comparatif des articles nous a permis d'établir que les difficultés concernant les décisions éthiques sont présentes mondialement et constituent un défi pour de nombreux ergothérapeutes. Nous avons également pu observer un conflit présent concernant le positionnement à adopter en lien avec notre thème au niveau de la législation ainsi que des principes éthiques en médecine. Ces points renforcent les enjeux du thème puisque les difficultés de positionnement en regard de la situation sont liées à d'autres difficultés à plusieurs échelles comme le conflit éthique, le manque de connaissances ou de ressources humaines par exemple. L'utilité sociale et professionnelle est elle aussi renforcée puisque nous avons pu observer que les prises de décisions éthiques semblent constituer une difficulté d'actualité dans les interventions médicale. Nous pouvons néanmoins constater qu'il y a assez peu d'articles sur le sujet et qu'il paraît donc sensible ou complexe à aborder.

1.4.4 La problématisation pratique

Au terme de cette analyse critique de la revue de littérature, un questionnement peut se formuler. Avec l'avancée actuelle de la recherche nous pouvons nous interroger concernant les difficultés auxquelles les ergothérapeutes doivent faire face dans leur prise de décision éthique au cours de leur pratique. Comment ces difficultés sont-elles vécues par les professionnels de santé qui les rencontrent ? En quoi ces difficultés peuvent impacter leur prise en soin du patient ? Quelle est l'origine de ces difficultés ? Est-ce qu'il existe des stratégies qui auraient été mises en place pour faire face à ces difficultés dans certaines structures ? Une solution pourrait-elle être envisagée pour faciliter les prises de décision éthique dans la pratique des ergothérapeutes ?

Ce questionnement nous amène donc à une problématisation pratique concernant la situation perçue par les ergothérapeutes pratiquants en lien avec notre problématique professionnelle. Nous avons déjà réalisé un état des lieux de notre problématique professionnelle au sein de la littérature scientifique et nous avons étudié sa résonance. Il est donc essentiel de confronter les résultats que nous avons pu obtenir au cours de cette revue de littérature aux données des professionnels exerçant leur pratique sur le terrain.

1.5 L'enquête exploratoire

Pour obtenir des données des ergothérapeutes professionnels concernant notre thématique et notre questionnement, nous allons devoir recourir à une enquête exploratoire. Cette enquête aura pour objectif d'obtenir l'avis direct de professionnels de santé pratiquant concernant notre problématique et la pertinence qu'elle représente selon leur expérience. Elle aura également pour intérêt de nous permettre d'évaluer l'intérêt de la problématique dans la pratique quotidienne des ergothérapeutes.

Si nous spécifions davantage les objectifs de l'enquête exploratoire, elle aura pour but de nous permettre de réunir des informations concernant le ressenti des ergothérapeutes en lien avec la prise de décision éthique et sur les outils dont ils disposent pour répondre à cette situation. Elle nous permettra éventuellement de discerner avec plus de précision la nature des difficultés qui peuvent être perçues par les ergothérapeutes lors des prises de décisions éthiques.

Cette enquête exploratoire aura donc pour but de confirmer l'enjeu de notre thème ou de l'infirmer dans le cas de la pratique en ergothérapie. Si l'enjeu n'est pas présent pour

l'ergothérapie, il pourra être intéressant de rediriger la recherche afin d'établir les éléments qui permettent une résolution des conflits éthiques en ergothérapie et d'éventuellement pouvoir transposer ces moyens de résolutions pour d'autres professions du secteur médical au travers d'outils. Elle aura également pour but d'obtenir plus d'informations sur la nature du phénomène et sur la perception des soignants à son sujet ce qui nous permettra de compléter les résultats de la revue de littérature.

1.5.1 Population cible de l'enquête exploratoire

Nous avons déjà défini les objectifs de l'enquête exploratoire. Il faut maintenant définir la population ciblée par cette enquête. Cette enquête exploratoire est réalisée dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche, les moyens disponibles sont donc limités pour sa réalisation. Il semble donc pertinent de cantonner l'enquête à un niveau national dans un premier temps et donc de se concentrer sur une observation du phénomène en France en excluant les professionnels exerçant à l'étranger de l'enquête.

Notre enquête a pour but d'observer le phénomène auprès des ergothérapeutes pratiquants. Il est donc important de définir le critère "d'ergothérapeute exerçant" pour les participants de l'enquête afin d'éviter des biais dans les résultats liés à une observation du phénomène par une autre profession.

Enfin, l'enquête exploratoire a pour but de faire un état des lieux du phénomène dans la pratique professionnelle et de nous permettre d'obtenir plus d'informations. Il paraît donc peu pertinent de limiter les participants à une structure ou à un milieu spécifique. Il est au contraire plus intéressant d'obtenir un avis généralisé sur la situation afin de définir clairement le phénomène et d'éventuellement dénoter des spécificités dans certaines spécialités ou filières de l'ergothérapie.

La population cible de notre enquête exploratoire est donc définie comme étant celle des "ergothérapeutes exerçant en France dans des structures et domaines différents".

1.5.2 Outil de recueil de données

Pour cette enquête l'outil de recueil de données qui sera utilisé sera le questionnaire en ligne. Il s'agit d'un outil qui permettra d'étudier le phénomène sous un angle quantitatif et qui nous permettra d'obtenir une vision plus globale des difficultés des ergothérapeutes exerçant en France concernant les décisions éthiques dans leur pratique. Un angle de vue quantitatif semble

plus approprié afin d'étudier la pertinence et la résonance de notre thème sur le terrain puisqu'il nous permettra d'obtenir des avis plus diversifiés sur la question qu'un outil qualitatif qui ne considérerait la situation que dans un contexte donné. Le questionnaire sera construit à l'aide de Microsoft Forms.

1.5.3 Biais anticipés et stratégies pour les limiter

Les biais principaux qui pourraient se présenter pour ce questionnaire concerneraient principalement la formulation des questions due à la complexité du sujet ou encore à la conception des thèmes de « décisions éthiques » et de « difficultés » qui peuvent varier entre les différents ergothérapeutes. La stratégie qui semble la plus adaptée pour pallier au problème de manière anticipée consiste à favoriser les questions ouvertes et semi-ouvertes afin de permettre aux sujets de s'exprimer. L'inconvénient impliqué par cette stratégie serait un temps de traitement des données plus élevé ce qui pourrait être compensé par une limitation du nombre de réponses retenues par exemple. Ce biais pourra également être limité en testant le questionnaire auprès d'une population-test afin d'observer le taux de non-réponse des questions et de les modifier en conséquence si cela est nécessaire.

Parmi les autres biais qui pourraient se présenter nous pouvons considérer celui de désirabilité sociale (vouloir se présenter sous son meilleur jour) qui pourrait induire les participants à éviter de répondre honnêtement à certaines questions par crainte d'un jugement. Il pourra être limité en garantissant un anonymat dans la participation au questionnaire.

Nous pouvons également considérer les biais méthodologiques et de subjectivité concernant la formulation des questions qui pourrait influencer les réponses. Ces biais pourront eux aussi être limités avec un test du questionnaire sur une population à petite échelle

Enfin, nous pouvons considérer la présence éventuelle du biais de sélection en cas de limitation du nombre de réponses retenues pour les raisons que nous avons abordé précédemment. Il pourra être limité si la sélection des résultats retenus suit une méthodologie et qu'il n'y a pas une sélection des résultats fournis directe de notre part. Il faudra par exemple définir une limite concernant le nombre de réponses à traiter et retenir uniquement les réponses reçues jusqu'à ce que ce nombre soit atteint afin d'éviter une sélection arbitraire des résultats et de fausser l'enquête.

1.5.4 Déroulement de l'enquête

Nous allons dans un premier temps créer une matrice de questionnement temporaire en utilisant les résultats de notre revue de littérature pour guider notre questionnement. Elle aura pour but de nous permettre de tester notre enquête. Pour cela nous enverrons le questionnaire basé sur cette matrice de questionnement à une population-test qui sera un échantillon réduit. Cela nous permettra d'évaluer si la matrice a besoin de modification ou si elle est pertinente. Une demande de consentement pour la participation à l'enquête et une garantie d'anonymat seront fournies aux participants de l'enquête exploratoire et de l'enquête-test. Le questionnaire sera communiqué par mail avec une présentation de l'enquête et de l'étudiant chercheur à des ergothérapeutes choisis aléatoirement dans une liste de contact fournie par l'école. Suite à l'enquête test, nous observerons si la matrice doit être modifiée. Si des modifications sont nécessaires, nous devrions pouvoir observer un faible taux de réponses à certaines questions ou des réponses qui semblent incohérentes envers l'attendu. Ces questions devront donc être reformulée afin d'assurer le bon déroulement de l'enquête. Nous enverrons ensuite le questionnaire (cf. Annexe 3) de notre enquête exploratoire qui sera basé sur la matrice de questionnement finale (cf. Annexe 4) à un échantillon. Cet échantillon sera plus large et sera tiré de la même liste de contact que l'enquête précédente mais les participants de l'enquête test seront exclus de celle-ci afin d'éviter un biais de sélection.

1.5.5 Résultats de l'enquête exploratoire

Suite à la diffusion de l'enquête nous avons reçu un total de 14 réponses. Les réponses concernent uniquement des ergothérapeutes, il n'y a donc pas de biais de pluridisciplinarité dans l'enquête. L'enquête a été réalisée auprès d'une population variée. La majorité des ergothérapeutes qui y ont répondu travaillent en Soins de Suite et de Réadaptation (50%) ou en lieu de vie comme les Maisons d'Accueil Spécialisées ou les Foyers d'Accueil Médicalisés (30%). L'expérience des ergothérapeutes qui ont répondu à l'enquête est également variée. Plus de la moitié de l'échantillon a décrit avoir plus de 5 ans d'expérience et environ un quart des participants ont décrit avoir entre 3 et 5 ans d'expérience le reste des participants ont dit avoir débuté leur pratique depuis moins de 3 ans. Les populations observées sont également variées on retrouve notamment environ un quart des ergothérapeutes qui travaillent en gériatrie et un quart qui travaille dans un service dédié à la neurologie. Nous pouvons donc conclure que l'échantillon est extrêmement varié et peut donc nous donner une représentation assez relative du phénomène étudié.

La majorité des participants (13 participants sur 14) décrivent avoir ressenti des difficultés concernant la prise de décision éthique en ergothérapie. Les difficultés éthiques qui ont été ressenties par les ergothérapeutes concernent majoritairement les retours à domicile (50% des ergothérapeutes concernés) ou encore la mise en place d'aides technique qui ne seraient pas adaptées et/ou le refus des préconisations (33% des ergothérapeutes concernés). Les impacts sur l'intervention auprès des patients, dans le cadre de décisions éthiques, ressentis par les ergothérapeutes concernent principalement la relation thérapeutique, qui se retrouve fragilisée, et le fait que le soignant finit souvent par se plier à la volonté du patient et perd son identité professionnelle. Le ressenti des ergothérapeutes interrogés laisse entendre que ces difficultés ont engendrées de nombreuses remises en question sur leur posture professionnelle et des frustrations sur le plan personnel en majorité. Certains ergothérapeutes expriment qu'il est essentiel d'accepter la décision du patient étant donné qu'il est celui qui vivra avec ce choix.

La moyenne des évaluations de l'importance de l'enjeu du thème sur une échelle numérique (10 = enjeu majeur et 1 = ne représente pas un enjeu) est de 7,46 chez les participants de l'enquête ce qui témoigne un enjeu relativement important pour la majorité des ergothérapeutes interrogés.

Les solutions proposées par les ergothérapeutes interrogés sont très variées. On retrouve notamment le travail en équipe et la relation avec le patient qui sont mentionnées dans 8 réponses sur 14. On trouve également la mise en place de plus de temps de réflexion ou de formations pour pallier aux difficultés ou encore la mise en place d'arbre décisionnel et de soutien en analyse des pratiques professionnelles.

1.5.6 Confrontation des résultats de l'enquête exploratoire et de la revue de littérature

Au terme de l'enquête exploratoire, nous observons majoritairement des axes de corroboration et de complémentation en lien avec la revue de littérature.

Le concept de difficultés en prise de décision éthique est bel et bien présent dans le cadre de l'ergothérapie comme nous avons pu l'observer dans la revue de littérature mais il n'est pas pour autant omniprésent. Les difficultés observées concernent majoritairement les retours à domicile et la préconisation d'aides techniques ce qui est un élément complémentaire à la revue de littérature. Les impacts sur l'intervention sont majoritairement perçus comme une fragilisation de la relation thérapeutique et le fait que les soignants craquent et finissent par se plier à la volonté du patient même si son choix n'est pas bénéfique pour lui. Ces éléments

rejoignent le conflit personnel qui m'a amené sur ce thème. On peut également considérer qu'ils rejoignent la revue de littérature sur le fait que le patient peut refuser un soin et que le médecin peut refuser une demande du patient tant qu'elle ne met pas sa vie en danger et qu'en cas de conflit l'un des deux camps devra faire une concession.

L'enquête a fait ressortir que certains ergothérapeutes pensent qu'il est nécessaire d'accepter les choix du patient puisqu'il devra vivre avec ce qui est en lien avec le principe d'autonomie et la volonté de rendre le patient acteur de son parcours de santé que nous avons pu observer dans la revue de littérature. Enfin, lors de la revue de littérature, certains articles avaient mis en avant le fait que les ergothérapeutes ressentaient un manque de connaissances, de temps et de support au sein de leur structure concernant leurs décisions éthiques. On peut remarquer que les solutions proposées par les ergothérapeutes qui ont été interrogés sont assez similaires en nature (formations, travail en équipe, temps de réflexion dédié aux problématiques éthiques, arbre décisionnel). On peut également observer que le travail en équipe et la relation avec le patient sont les solutions envisagées les plus mentionnées par l'échantillon observé.

1.5.7 Analyse critique de l'enquête exploratoire

Un total de 14 réponses a été obtenu, l'échantillon est donc faible et peu représentatif de la population globale des ergothérapeutes exerçant en France. Les résultats obtenus ne pourront donc pas être généralisés. L'échantillon reste néanmoins varié par sa pratique, son expérience et son lieu d'exercice, les éléments observés peuvent par conséquent être signifiants dans l'observation du phénomène.

Il ne semble pas y avoir eu de biais méthodologique concernant la formulation des questions étant donné que le taux de réponse est quasiment maximal concernant la population concernée à chaque question. La question 10 n'a pas été utilisée avec la population ciblée étant donné qu'aucun participant n'avait pas rencontré de situations de conflit décisionnel mais avait pu en observer dans la pratique d'autres soignants. Le critère n'a donc pas été atteint pour la présence de cette question.

Enfin, il est possible de se questionner concernant l'éventuelle présence d'une mauvaise décision sur la formulation du questionnaire en lien avec le faible taux de réponses qui pourrait être lié à un surplus de question qualitative qui aurait pu décourager les participants de l'enquête. Il est également possible de supposer qu'un plus grand nombre de réponses aurait pu

être obtenues en relançant davantage les personnes contactées pour la réalisation de l'enquête qui n'avaient pas encore répondu.

1.6 Question initiale de recherche

1.6.1 Synthèse avant la question initiale de recherche

Notre réflexion est actuellement dirigée vers la gestion des conflits décisionnels entre l'ergothérapeute et les patients en France. Les patients concernés par notre problématique ne présentent pas de troubles qui peuvent remettre en question leur capacité décisionnelle.

La législation indique qu'un patient est en droit de refuser un soin qui lui est proposé et qu'il a donc le droit de refuser les préconisations du médecin ou de l'ergothérapeute concernant sa situation (1). La législation indique néanmoins également que le médecin, et le soignant par extension, n'est pas en obligation d'intervenir pour la réalisation d'un soin si le pronostic vital du patient n'est pas en danger que cela soit pour des raisons personnelles ou professionnelles comme sa déontologie (2). Dans le cas où la préconisation vient du soignant, le patient est en mesure de la refuser tout simplement s'il ne souhaite pas suivre le traitement proposé. Cependant, si la demande vient du patient mais que le médecin ou un autre soignant comme l'ergothérapeute estime qu'elle va à l'encontre de son état de santé, ils sont dans leur droit de refuser la demande de ce patient en se basant sur leur expertise. On peut assister dans ce type de configuration à un type de conflit décisionnel qui remettra en cause l'autonomie décisionnelle du patient et l'opposera à la bienfaisance et la non-malfaisance du soignant à son égard qui souhaite lui éviter une complication médicale ou des souffrances. Le conflit peut pousser le soignant à remettre en question son identité professionnelle et son expertise et à abandonner sa position dans le conflit comme nous avons pu l'observer dans l'enquête exploratoire.

1.6.2 Questionnement et établissement de la question initiale de recherche

Les résultats de l'enquête exploratoire et leur confrontation avec ceux de la revue de littérature nous ont également amené sur un questionnement concernant la problématique pratique :

- Comment les ergothérapeutes doivent-ils faire face à leur frustration pour poursuivre leur rôle de soignant face aux conflits éthiques ?

- Doit-on vraiment lâcher prise en cas de conflit éthique et céder aux demandes du patient même si cela va à l'encontre de notre expertise médicale ?
- Si l'on respecte la décision d'un patient lorsqu'il met sa vie en danger sommes-nous toujours soignants et n'avons-nous pas une part de responsabilité ?
- Peut-on réellement juger du fait qu'il faille accepter ou non les demandes du patient dans ces situations en tant qu'ergothérapeute ?
- Comment arriver à limiter les impacts sur la relation thérapeutique dans ces conflits éthiques ?
- Y-a-t-il des difficultés institutionnelles qui posent des barrières concernant ces conflits éthiques étant donné qu'on peut observer une sorte de consensus autour du manque de ressources humaines ou de temps de réunion en équipe pour les solutions à envisager ?

Au terme de ce questionnement, il est nécessaire d'établir une question initiale de recherche afin de guider la suite de notre travail. Au vu des éléments apportés par la revue de littérature et l'enquête exploratoire, il semble pertinent de définir la question initiale de recherche qui guidera cette réflexion afin d'étudier en quoi le conflit décisionnel entre l'ergothérapeute et le patient pourrait avoir un impact sur sa pratique.

La question initiale de recherche sera donc : *En quoi le conflit décisionnel entre l'ergothérapeute et le patient peut impacter le professionnel dans sa pratique ?*

1.7 Cadre conceptuel

Afin de nous distancer davantage et d'objectiver notre réflexion avant de la poursuivre, il est nécessaire d'établir un cadre de référence. Ce cadre de référence sera établi au travers divers concepts et permettre d'établir notre positionnement en tant que chercheur concernant la problématique abordée au travers de notre question initiale de recherche.

1.7.1 Les champs disciplinaires

Dans un premier temps, il est nécessaire de définir les champs disciplinaires qui sont en lien avec la thématique et les enjeux que nous avons soulevé précédemment. Cette sélection des champs disciplinaires va nous permettre de guider notre réflexion pour la sélection des concepts que nous allons développer par la suite.

Les champs disciplinaires que nous avons retenus sont donc :

- Le champ de la philosophie
- Le champ des sciences humaines et sociales
- Le champ de l'éthique
- Le champ de la juridiction
- Le champ des sciences médicales
- Le champ de l'ergothérapie

1.7.2 Les concepts étudiés

Suite à la sélection des champs disciplinaires, nous avons cherché à approfondir notre réflexion à l'aide de concepts. Ces concepts se sont manifestés de manière implicite lors des précédentes étapes de notre réflexion et notamment lorsque nous avons confronté les résultats de la revue de littérature et de l'enquête exploratoire. Les concepts que nous avons décidé de retenir sont donc :

- L'éthique
 - L'autonomie
 - La non-malfaisance
 - La bienfaisance
- L'identité professionnelle
- Le conflit décisionnel

Les concepts d'identité professionnelle et de conflit décisionnel se sont manifesté de manière directe lors de nos questionnements pendant la revue de littérature et l'enquête exploratoire. Il semble donc intéressant de les étayer davantage afin de guider notre réflexion. De même, l'éthique est un concept qui a une part centrale dans nos questionnements puisque nous nous intéressons au positionnement de l'ergothérapeute de manière générale, il est donc essentiel

d'étayer ce concept davantage et d'étudier les codes de déontologies concernant l'accompagnement du patient par le soignant qui sont actuellement acceptés par les soignants. Il semble

Les concepts de valeurs professionnelles et de posture professionnelle semblaient également pertinents concernant notre réflexion. Il a néanmoins semblé plus approprié de se focaliser uniquement sur les concepts que nous avons retenus plus tôt au lieu d'explorer une multitude de pistes différentes en même temps et risquer de s'égarer dans l'élaboration du cadre conceptuel.

1.8 Cadre conceptuel

1.8.1 Concept d'éthique

Commençons par définir l'éthique. Marie-Josée Drolet décrit selon elle en 2014 que « L'éthique correspond à un domaine propre de la philosophie. En tant que discipline philosophique, l'éthique peut donc être conçue comme une réflexion rationnelle et critique qui a pour objet d'étude les valeurs, les vertus, les principes ou les normes du vivre-ensemble d'une société » (15). On observe que dans cette définition, l'éthique est une réflexion basée sur les valeurs et les principes inhérents à une société. L'éthique est donc un concept qui peut varier totalement d'une société à une autre puisque les valeurs et les normes ne seront pas forcément identiques entre deux groupes distincts. L'éthique est donc régie par les morales et les mœurs d'une société et sera définie par cette dernière.

Est-il possible de qualifier l'éthique comme une conception vertueuse si elle est définie par une société et n'est pas inhérente à la personne ? Prenons le cas de la patiente myopathique qui souhaite un fauteuil roulant électrique. Si son souhait est l'obtention de ce fauteuil mais que l'équipe médicale qui représente donc la majorité dans cette situation estime que ce choix n'est pas cohérent par rapport aux valeurs médicales qu'ils représentent et s'y oppose. On peut estimer que l'éthique des soignants est d'agir dans l'intérêt de la personne dans cette situation. Mais qu'en est-il de la volonté du patient ? Doit-elle se soustraire par rapport à l'opinion de la majorité ou a-t-elle autant de valeur que l'opinion de cette même majorité ?

M-J. Drolet précise que « L'éthique peut se définir comme une conception du bien, du juste ou du vertueux qu'adopte une personne sur la base de ses expériences, de ses réflexions et de ses valeurs. Celle-ci oriente et influence ses attitudes et ses comportements. L'éthique la force

même parfois à entrer en conflit avec le code de déontologie de sa profession ou avec la morale acceptée par la société dans laquelle elle vit, voire avec une ou des lois » (15). Cette précision nous permet donc d'établir que l'éthique est un concept qui est régi par les mœurs d'une société mais qui est également inhérent aux valeurs des individus qui la constitue. Un individu peut avoir des valeurs différentes que la morale acceptée par la société ou par la déontologie et la législation qui régissent sa profession et va rentrer en conflit avec ces mœurs qu'il ne considère pas comme les siennes. Le concept d'éthique peut donc être attribué à une réflexion collective concernant une situation. Il peut également être utilisé pour désigner un acte ou un comportement qui sera estimé comme étant vertueux, dans ce cas, la notion d'éthique est inhérente à la personne. On retrouve ces notions au travers de l'étymologie grecque du concept d'éthique qui provient du mot grec *ethos* qui désigne la morale ou les mœurs.

Nous avons pu définir qu'une personne peut avoir des valeurs différentes à celles des codes de déontologie établis par sa profession. Dans le cadre de l'exercice de sa profession, si un soignant rencontre une situation qui l'amène à un questionnement sur le plan éthique, entre la conduite qu'il peut estimer vertueuse dans ce cas et la déontologie acceptée pour sa profession par exemple, de quelle manière peut-il établir la conduite qu'il doit adopter ?

M-J. Drolet parle de dilemme éthique dans ce type de situation. Elle définit le dilemme comme un choix déchirant qui oppose plusieurs possibilités qui semblent également valable mais sont incompatibles voire contradictoire. Le dilemme devient éthique quand il est basé sur des options qui opposent des valeurs ou des principes éthiques divergents (15).

L'opposition des valeurs éthiques est en effet possible mais dans ce cas comment peut-on prendre une décision lors d'un dilemme ?

Pierre Le Coz décrit en 2009 que les dilemmes éthiques peuvent être bénéfiques puisqu'il nous amène à consulter nos pairs afin d'obtenir leur avis (13). Le dilemme éthique est donc un moyen de lancer un questionnement éthique groupal voir sociétal afin d'estimer la conduite à adopter dans ce genre de situations. Les mœurs et les codes sont donc basés sur des dilemmes rencontrés dans le passé. L'échange est une solution essentielle pour guider la prise de décision du soignant lorsqu'il rencontre un dilemme.

Cependant cette réflexion nous amène à nous demander quelle place peut avoir le patient dans cette prise de décision médicale et ces dilemmes ?

1.8.2 Concept d'autonomie

Le concept d'autonomie vient des mots grecs *autos* qui définit ce qui vient de soi et *nomos* qui fait référence aux lois, le mot grec *autonomos* signifie donc qui se régit par ses propres lois. La notion d'autonomie est donc liée à la capacité qu'une personne peut avoir à définir ses actions selon ses propres décisions et valeurs. Suzanne Rameix associe le concept de l'autonomie aux valeurs personnelles de la personne en 1996, « une volonté libre est une volonté soumise à une loi morale. Être libre c'est agir moralement, agir moralement c'est être libre » (14). On peut donc comprendre qu'il est nécessaire d'avoir des valeurs et des règles qui sont inhérentes à notre pensée afin de pouvoir être libre de nos décisions. En santé, l'une des expressions les plus fréquentes de la notion d'autonomie du patient est le refus des soins comme nous avons pu l'aborder précédemment dans notre réflexion.

On peut donc se demander comment le soignant peut être impacté par ce refus de soin ? Comment le perçoit-il sur un plan professionnel ? S'il ne s'agit pas d'un refus mais d'une demande comment le soignant doit-il agir ?

Ces questions font ressurgir un dilemme éthique que nous avons abordé préalablement. Si nous refusons l'autonomie du patient, on entrave sa liberté de décision qui est l'un de ses droits cependant admettre cette liberté peut amener potentiellement à des souffrances pour le patient. La notion de demande nous permet d'étudier ce dilemme puisqu'elle n'est pas régie par une législation contrairement au refus des soins. Le soignant n'est pas sous obligation d'accepter une demande du patient s'il estime qu'elle n'est pas bénéfique pour ce dernier par rapport à son expertise. Par exemple, un ergothérapeute peut refuser la mise en place d'une aide de déplacement qu'il estimerait prématurée. Son action est dans cette situation guidée par la motivation de limiter la détérioration des capacités motrices de la personne. Il refuse cependant dans cette situation d'accepter l'autonomie décisionnelle du patient malgré le fait qu'il sera celui qui vivra avec cette décision. Cependant s'il accepte la demande il nie sa propre expertise professionnelle et également le fait que la demande n'est pas bénéfique à la situation du patient. Comment le soignant doit-il se comporter par conséquent ? Comment pourrait-il vivre cette situation de conflit avec le patient ?

Le principe d'autonomie est le premier des quatre grands principes éthiques en médecine (6). Nous avons distingué des enjeux de posture professionnelle concernant l'acceptation de l'autonomie du patient et la possibilité d'un conflit concernant le refus de cette autonomie. S'il

est impossible de prendre une décision en lien avec le principe d'autonomie concernant une demande du patient est-ce lié aux autres principes tels que la bienfaisance et la non-malfaisance ?

On peut également se questionner sur ce que le soignant peut ressentir lorsqu'il doit prendre une décision lors de ces conflits. Culpabilise-t-il lorsqu'il doit nier l'autonomie décisionnelle du patient ou quand il accepte sa décision même s'il sait que le patient sera en danger ? Est-il accablé par un sentiment d'incompétence quand il n'arrive pas à prendre une décision ? Se sent-il triste ou a-t-il l'impression d'abandonner ses valeurs lorsqu'il cède à la demande du patient pour éviter le conflit ?

Il est également important de se questionner concernant l'impact qu'aura le ressenti du soignant sur sa pratique. Comment devra-t-il se positionner en regard de ces situations ? Quel sont les autres concepts qui pourraient l'aider à prendre une décision dans ces situations ? Comment pourra-t-il arriver à faire la part des choses concernant son ressenti et sa posture en tant que professionnel ?

1.8.3 Concept de bienfaisance

Le principe de bienfaisance est comme nous l'avons énoncé précédemment l'un des 4 grands principes de l'éthique médicale. Ce terme a pour origine le mot latin *beneficentia* qui fait référence à la bonté et à la générosité, il a été employé pour définir une volonté de bien-faire envers autrui.

Marie-Josée Drolet précise que « les intentions d'une personne ne suffisent généralement pas à elles seules, à donner une valeur éthique aux décisions qu'elle prend et aux actions qu'elle accomplit. Avoir l'intention de bien agir, c'est-à-dire vouloir le bien (bienveillance), constitue une très bonne chose, mais cela ne garantit généralement pas la bonté, la justesse et l'exemplarité des actions (bienfaisance) » (15). Cette précision nous permet d'établir que les actions d'une personne peuvent être bienveillante mais peuvent ne pas être bienfaisante. Si nous revenons à notre exemple précédent, un refus de la demande du patient peut avoir une intention bienveillante qui a pour but de lui éviter des souffrances éventuelles. Peut-on cependant réellement qualifier ce refus de bienfaisant ?

En effet, Pierre Le Coz définit le principe de bienveillance comme ayant pour but de « accomplir au profit du patient un bien qu'il puisse reconnaître en tant que tel » (13). Si l'on

reprend notre exemple et que l'on considère le point de vue du thérapeute. Nous pouvons estimer que l'action est bienfaisante puisque son expérience pourrait lui permettre d'estimer les enjeux qu'il y a derrière la demande de la personne. Cependant, si nous observons ce phénomène du point de vue du patient, ce dernier pourrait éventuellement comprendre que le refus a une intention bienveillante mais le perçoit-il comme bienfaisant étant donné qu'il est celui qui devra vivre avec cette décision ?

1.8.4 Concept de non-malfaisance

Pierre Le Coz définit le sens du principe de non-malfaisance comme le fait d'épargner des préjudices ou des souffrances inutiles aux patient (13). On peut comprendre par cette citation que si le principe de bienfaisance consiste à vouloir le bien du patient et d'entreprendre des actions dans ce sens et qui sont reconnues par le patient, le principe de non-malfaisance est quant à lui centré sur le calcul du rapport bénéfice/risque de l'intervention et sur la limitation des actions inutiles ou peu profitables qui causeraient du tort au patient sur le plan physique ou psychique.

Si nous reprenons l'exemple développé dans le concept d'autonomie, la demande du patient pour une aide au déplacement a été évaluée comme étant contraire au "bien-être" du patient, même s'il s'agit de son souhait, et qu'elle avait de grandes chances d'aggraver son état et d'entraîner une baisse de ses capacités motrices. Il semble donc logique si l'on suit uniquement le principe de non-malfaisance d'écarter cette demande. Cependant si l'on se fie au principe d'autonomie et de bienfaisance la décision devient bien plus complexe. On observe donc un dilemme entre les principes éthiques, le soignant devra forcément bafouer l'un d'entre eux peu importe sa décision.

Comment l'ergothérapeute peut-il prendre une décision dans cette situation ? Quel principe entre l'autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance est à privilégier pour régler le dilemme ? Quels sont les moyens extérieurs qui peuvent permettre une résolution du dilemme ?

1.8.5 Concept de conflit décisionnel

Le conflit décisionnel est une notion qui implique la présence d'un conflit lors d'une prise de décision. Il est défini par la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) en 1992 lors d'une conférence comme étant « l'incertitude quant à la ligne de conduite à adopter lorsque le choix entre des actes antagonistes implique un risque, une perte ou une remise en question

des valeurs personnelles » (12). Le conflit décisionnel peut porter sur des événements quotidiens ou familiaux mais il peut également se présenter dans le cas de décisions médicales.

Le conflit décisionnel est défini en 1977 par Irving L. Janis et Leon Mann sous la forme des réflexions opposées qui sont présentes à la même période dans la pensée d'un individu et qui le poussent à accepter et à repousser un certain plan d'action (10). Au travers de ces deux définitions, nous comprenons que le conflit décisionnel est un mécanisme interne qui est basé sur le doute qu'une personne peut avoir concernant sa conduite en vue d'un dilemme et qui va l'amener à questionner le "pour" et le "contre" des options qui s'offrent à lui concernant sa décision.

Si nous reprenons l'exemple que nous avons utilisé jusqu'à présent, le conflit décisionnel peut être présent pour le soignant lorsqu'il essaye de prendre une décision malgré le dilemme entre les principes. S'il respecte par exemple l'autonomie décisionnelle du patient et accepte sa demande, il ne respecte pas la non-malveillance dont il doit faire preuve à son égard puisqu'il accompagne le patient vers des souffrances qui sont inutiles et qui peuvent lui causer du tort.

Si un conflit décisionnel a lieu dans une situation de ce type, quels sont les éléments qui peuvent permettre à l'ergothérapeute de prendre une décision ? Comment peut-il accompagner le patient vers la bonne décision ? Quelle approche le soignant doit-il adopter pour résoudre ce type de conflit ?

Selon Bernard Hoernie, dans le cadre de conflit décisionnel d'éthique médicale, le soignant doit éclairer le patient sur les enjeux qu'il ne perçoit pas toujours immédiatement, lui laisser exprimer ses préférences et les suivre. Il complète également son opinion en disant qu'un patient autonome est le mieux placé pour déterminer son bien (11). Cette opinion sous-entend que le principe d'autonomie est primordial aux autres principes dans la résolution du dilemme et que le patient est le meilleur juge du bien que l'action pourra lui apporter ou non.

Mais dans ce cas, le soignant ne suit plus sa conviction personnelle s'il se soumet simplement à la volonté du patient. Le patient pourrait entendre les arguments du soignant sans forcément les comprendre réellement et ce malgré des explications répétées, le soignant a une expérience concernant les enjeux que peuvent avoir une demande pour le projet médical pour la majorité des situations et est donc plus à même de juger du rapport bénéfice/risque.

Est-ce que le soignant doit malgré tout simplement se contenter d'expliquer les enjeux au lieu de s'opposer aux projets dans cette situation ? Si les enjeux sont graves ne vaut-il pas mieux s'opposer à la demande du patient ?

Comment le soignant va-t-il percevoir le refus de ses conseils s'il doit privilégier l'autonomie décisionnelle du patient dans le conflit et donc abandonner sa position opposante à la demande ? N'y aura-t-il pas un impact sur l'état psychologique du soignant s'il doit abandonner sa position au quotidien lorsqu'il rencontre un conflit décisionnel avec une personne qui dispose de son autonomie décisionnelle ? Est-ce que le soignant peut être amené à ressentir un sentiment d'impuissance et éventuellement d'incompétence s'il doit se plier à la volonté du patient et doit abandonner son opinion professionnelle ?

Si un thérapeute décide de maintenir sa position et ses convictions professionnelles lors du conflit parce qu'il estime qu'elles sont valides peut-on réellement juger sa décision comme étant erronée ?

1.8.6 Concept d'identité professionnelle

Le mot identité a pour racine latine le mot *idem* qui signifie le même. Sa définition décrit que l'identité est "ce par quoi l'on différencie une communauté d'une autre ou un individu d'un autre. La différence, qui constitue l'identité, repose toujours sur ce qui est propre et exclusif à un être".

Dubar précise que l'identité professionnelle est « la marque d'appartenance à un collectif, qui permet aux individus d'être identifiés par les autres mais aussi, de s'identifier face aux autres » (9). Il s'agit donc d'un moyen de se spécifier en tant que personne et de s'identifier ou de se différencier des autres individus et communautés existantes. La notion d'identité professionnelle est donc liée à un sentiment d'appartenance à une certaine profession. Ce sentiment d'appartenance est dénoté par une spécialité et une spécificité professionnelle. Si nous prenons le cas de l'ergothérapeute par exemple, il est un expert du réaménagement des domiciles pour les personnes en situation de handicap ou encore de la préconisation d'aides techniques. Il a donc des connaissances spécifiques en lien avec cette expertise et des valeurs qui sont propre à sa personne et à son parcours en lien avec son rôle.

Les actes spécifiques de l'ergothérapeute sont notamment dénotés et actés au travers des référentiels de compétences et d'activités qui ont pour but d'explicitier la diversité de son rôle.

Certains d'entre eux ne sont pas communs avec d'autres professionnels de santé comme les exemples que nous avons pu citer. Tandis que d'autres sont commun au corps médical et au rôle de soignant.

Peut-on par conséquent estimer que l'identité professionnelle pourrait être scindée en plusieurs strates avec par exemple l'identité en tant que soignant puis l'identité en tant qu'ergothérapeute ?

Selon Florence Osty, l'identité professionnelle représente également un besoin d'intégration sociale en vue d'atteindre une certaine reconnaissance de soi (8). L'identité professionnelle a donc besoin d'être reconnue pour être affirmée. Dans le cadre d'un soignant on peut imaginer que ce besoin de reconnaissance sera principalement assouvi par la relation avec les patients dans le cadre de leur prise en soin.

Comment le soignant peut-il réagir en cas de remise en question de son expertise et de ses valeurs qui sont ce qui lui permet de se définir en tant que professionnel de santé ?

Dans le cadre d'un dilemme éthique ayant mené à un conflit décisionnel, si le soignant décide de privilégier le principe d'autonomie et abandonne donc son expertise et ses convictions professionnelles pour accepter la demande du patient, ne peut-il pas remettre en question son rôle en tant que soignant et son appartenance à sa profession ?

A l'inverse, si le soignant décide de s'opposer au projet du patient en respectant ses convictions professionnelles et que le conflit décisionnel est maintenu, si le patient vient à lui reprocher cette conduite et à l'antagoniser, comment le soignant va-t-il réagir face à cette opposition ? Va-t-il également remettre en question son identité professionnelle puisqu'il ne sera plus reconnu comme soignant par le patient et n'aura donc plus de reconnaissance professionnelle ? Peut-il être amené à questionner son identité professionnelle en tant que soignant et non pas spécifique dans ce genre de conflit ?

1.9 Question et objet de recherche

Suite à l'approfondissement des concepts lors du cadre conceptuel et de la poursuite de notre réflexion sous la forme de questionnements au cours de cette démarche, nous avons pu enrichir notre réflexion et notre problématique initiale de recherche. Nous devons maintenant formuler une question de recherche et définir un objet de recherche précis afin de cibler définitivement la course d'action que nous allons poursuivre dans la réalisation de notre recherche.

La question initiale de recherche a été étayée par la mise en tension des concepts et a donc évoluée. Le questionnement reste similaire puisqu'il s'est confirmé lors de notre réflexion au cours du cadre conceptuel. La formulation a néanmoins été enrichie par les concepts que nous avons pu étudier. La question de recherche est donc :

Comment le conflit décisionnel entre l'ergothérapeute et le patient, qui ne présente pas de troubles pouvant remettre en cause sa capacité décisionnelle, dans le cadre d'un dilemme éthique, pourra-t-il être perçu par le soignant sur un plan professionnel ?

L'objet de recherche est quant à lui défini comme étant la cible de notre étude et par conséquent ce que l'on cherche à observer. Il va donc concerner la perception que va avoir le thérapeute du conflit décisionnel, la manière dont il va vivre ces situations, les éléments qu'il aura identifiés comme étant obstacles ou facilitateurs ainsi que son positionnement par rapport à la demande du patient. L'objet de recherche pour ce travail est donc :

La perception de l'ergothérapeute d'un conflit décisionnel avec un patient, qui ne présente pas de troubles pouvant mettre en doute sa capacité décisionnelle, lié à un dilemme éthique.

2 Matériel et Méthode

Nous allons maintenant procéder à la construction du dispositif de recherche en nous basant sur la matrice conceptuelle que nous avons pu réaliser (cf. Annexe 5). Les étapes seront détaillées afin de permettre une reproduction de la recherche et une critique de la méthode employée.

2.1 Choix de la méthode de recherche

L'objet de la recherche n'émet pas de postulat, l'objectif est centré sur la compréhension du phénomène étudié et non pas sur la démonstration d'une théorie ou la recherche d'une réponse définitive. Nous cherchons à étudier l'impact que peut avoir le conflit décisionnel entre le patient et l'ergothérapeute dans la pratique de ce dernier. Nous souhaitons par conséquent étudier la perception des ergothérapeutes qui ont été confrontés à cette situation. L'approche que nous allons donc devoir étudier sera par conséquent d'un aspect qualitatif afin d'observer le phénomène en détail et d'obtenir une perception plus riche en information sur le ressenti des ergothérapeutes interrogés.

La méthode qui semble donc être la plus adéquate à nos objectifs pour cette recherche est la méthode clinique. En effet, selon Chantale Eymard, la méthode clinique est centrée sur une

étude de la particularité de chaque sujet. Lors de l'application de cette méthode le chercheur ne doit pas établir de postulat concernant les éléments qu'il dispose. La méthode clinique vise à produire des savoirs au travers d'une relation singulière avec l'individu (16). L'approche de cette méthode est donc qualitative. La méthode clinique répond par conséquent à nos besoins pour cette recherche et sera par conséquent utilisée lors de celle-ci.

2.2 Matériel

Nous allons maintenant définir la population que nous allons approcher pour cette recherche et les critères d'inclusion et d'exclusion.

2.2.1 Choix de la population

Notre recherche est basée sur une observation de l'impact d'un phénomène dans la pratique de l'ergothérapeute. La population interrogée devra donc inclure uniquement des ergothérapeutes qui ont observé le phénomène puisque nous souhaitons observer uniquement l'impact de la pratique de notre profession. Cette recherche devra également concerner uniquement des ergothérapeutes pratiquant afin d'obtenir un point de vue actualisé sur la situation. Le phénomène que nous cherchons à observer concerne l'impact d'un phénomène dans la pratique de l'ergothérapeute de manière généralisée, il semble donc peu pertinent de restreindre la participation à la recherche à un milieu professionnel précis (gériatrie, libéral...) ou à une structure (EHPAD, SSR...). Une observation non ciblée nous permettra d'explorer le phénomène plus librement et nous pourrions obtenir des informations plus diversifiées. Les participants ne seront par conséquent pas sélectionnés par rapport à leur expérience professionnelle, leur âge ou leur sexe afin d'assurer une observation la plus réaliste du phénomène sur un plan globalisé. Il faudra cependant que l'ergothérapeute exerce auprès de patients qui ne présentent pas de troubles pouvant remettre en question leur capacité décisionnelle puisqu'il s'agit d'un des critères qui définit le conflit décisionnel que nous cherchons à étudier. Si ce critère n'est pas respecté le phénomène peut prendre des enjeux totalement différents puisque nous devons considérer des notions telles que la tutelle ou la curatelle par exemple.

Le but de ce choix de population n'est pas d'assertir une connaissance de la situation à un niveau scientifique ou éthique mais de comparer les perceptions concernant l'impact que peut représenter ce phénomène pour les professionnels qui le rencontrent.

Il semble plus pertinent de restreindre la population à un niveau national étant donné que nous avons pu démontrer que l'éthique et l'identité professionnelle sont des concepts qui varient entre les sociétés. Par conséquent, si nous venions à réaliser une observation qualitative à un niveau mondial ou multinational, il est fort probable que les avis divergent voire s'opposent et que nous ne puissions pas forcément définir des points de corrélation dans nos résultats ce qui rendrait une analyse bien moins pertinente pour notre recherche. Une comparaison de nos résultats à une étude similaire réalisée à l'étranger semble intéressante à réaliser dans un second temps mais un mélange des cultures risque d'être contreproductif pour une exploration initiale. Cette conclusion semble également plus réaliste compte-tenu des moyens dont nous disposons pour la réalisation de cette recherche.

2.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont par conséquent :

- Être un ergothérapeute diplômé d'état
- Exercer en France
- Intervenir auprès de patients adultes qui ne présentent pas de troubles pouvant remettre en question leur capacité décisionnelle

Les critères d'exclusion quant à eux sont :

- Ne pas être un ergothérapeute diplômé d'état
- Exercer dans un pays étranger
- Intervenir uniquement auprès de patients qui présentent des troubles pouvant remettre en question leur autonomie décisionnelle
- Intervenir auprès de patients mineurs uniquement
- Ne pas intervenir directement auprès des patients

2.3 Sites d'exploration

Les sites d'explorations pour cette recherche concerneront les diverses institutions où les ergothérapeutes interrogés exerceront. Comme nous l'avons défini précédemment, la recherche

sera nationale et ne sera pas centralisée sur une structure ou un champ disciplinaire défini. Les milieux où les patients présentent des troubles qui peuvent amener à questionner voire limiter leur autonomie décisionnelle tel que les unités renforcées et les secteurs protégés comme les UHR (unité d'hébergement renforcée) par exemple seront néanmoins écartés de la recherche conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion.

De même, les ergothérapeutes exerçant uniquement en pédiatrie ne seront pas inclus dans cette recherche afin de ne pas inclure des variables telles que la tutelle ou l'impact des parents sur l'autonomie décisionnelle. En effet, l'inclusion de ces variables modifie complètement les enjeux étant donné que le patient dépend de son environnement humain concernant son autonomie décisionnelle et n'est pas libre de ses choix. La capacité décisionnelle de ces patients étant impactée, leur situation diffère donc de notre objet de recherche et leur participation doit donc être écartée.

2.4 Choix de l'outil de recueil de données et biais anticipés

Nous allons maintenant définir l'outil de recueil de données qui sera utilisé pour cette recherche et nous discuterons des biais que nous pouvons anticiper et sur les moyens que nous allons mettre en place pour les limiter.

2.4.1 Argumentation du choix de l'outil de recueil de données sélectionné

Nous avons choisi de nous baser sur une méthode d'approche clinique pour cette recherche basée sur une démarche qualitative. L'outil de recueil de donnée qui semble donc être le plus approprié est l'entretien. En effet, Chantale Eymard décrit qu'« il n'est pas possible de concevoir une quelconque construction de connaissance en méthode clinique sans relation avec l'autre » (16). C. Eymard le définit également comme étant incontournable lors de la méthode clinique et comme étant plus qu'un simple outil (16).

Dans le cadre d'une méthode clinique, l'entretien qui sera réalisé sera dit *clinique*. L'entretien clinique peut se présenter d'une manière sensiblement similaire à celle d'un entretien non-directif, dans le sens qu'il peut être basé uniquement à partir d'une question inaugurale, présente une différence fondamentale dans la méthode d'écoute et de relance et dans l'introduction de l'entretien. En effet, l'entretien clinique est basé sur un échange entre le chercheur et la personne interrogée. Le chercheur devra dans un premier temps définir le cadre de sa recherche et établir les conditions de l'entretiens afin d'instaurer un cadre qui permettra à la personne interrogée de

se confier au chercheur en lien avec l'objet recherché. Il devra ensuite débiter l'entretien avec une question inaugurale, puis il écoutera la personne interrogée s'exprimer par rapport à la question et utilisera des techniques de relances telles que la reformulation ou la réitération afin de permettre à la personne d'approfondir les éléments évoqués (16). Il s'agit d'une méthode reposant sur une relation de confiance, l'instauration du cadre est donc un point essentiel pour la réalisation de l'entretien dans de bonnes conditions.

Pour notre objet de recherche, l'entretien sera donc clinique et libre (guidé uniquement par une question inaugurale et diverses relances) afin de laisser la personne s'exprimer librement sur le sujet établi. L'entretien est un outil qui sera intéressant pour nous permettre d'analyser le ressenti des ergothérapeutes interrogés puisqu'il permet une expression directe de la personne ce qui nous permettra donc d'enrichir notre réflexion en nous basant sur la méthode clinique.

Les entretiens devront être réalisés en respect de la loi Jardé. Ils devront donc être réalisés dans un cadre éthique de respect et de protection des personnes qui participent à la recherche. Pour cela, l'anonymat des ergothérapeutes interrogés devra être maintenu. De même, les entretiens ne seront utilisés que dans le cadre de notre recherche et ne seront pas publiés extérieurement afin de respecter l'intimité et l'anonymat des participants et leur permettre de s'exprimer librement. Ces éléments devront être précisés avant le début de l'entretien afin d'instaurer une relation de confiance et d'établir un cadre favorisant l'écoute de la personne.

2.4.2 Biais anticipés et stratégies pour les limiter

L'outil de recueil de donnée de notre recherche, qui est l'entretien, peut amener des biais. Il sera difficile de les annuler complètement étant donné que le chercheur reste humain, il ne sera jamais parfaitement objectif et peut être amené à faire des erreurs. L'enjeu est d'anticiper certains des biais qui peuvent être rencontrés et de penser à une stratégie pour limiter leur incidence afin de maintenir la qualité et l'objectivité de notre recherche.

Les biais principaux qui pourraient se présenter pour cette recherche concerneraient principalement la formulation des questions due à la complexité du sujet et à l'interprétation des notions abordées et de l'éthique qui peuvent varier selon la pensée des personnes. Nous pourrions donc observer des biais liés à la compréhension des participants et donc leur subjectivité mais également à la méthodologie pour la formulation des questions. La stratégie qui semble la plus adaptée pour limiter ces problèmes de manière anticipée consiste à favoriser les questions ouvertes et semi-ouvertes afin de permettre aux sujets de s'exprimer.

L'inconvénient impliqué par cette stratégie serait un temps de traitement des données plus élevé. Ce biais pourra également être limité en testant le dispositif afin d'observer les réponses fournies lors de l'entretien et de modifier en conséquence si la formulation de la question nuit au bon déroulement de la recherche. L'entretien test sera réalisé dans les mêmes conditions que la recherche, il nous permettra d'évaluer la présence des biais présumés et ne sera pas comptabilisé dans l'analyse des résultats de notre recherche.

Concernant les autres biais que nous pourrions observer, nous devons également considérer celui de désirabilité sociale qui pourrait induire les participants à éviter de répondre honnêtement à certaines questions par crainte d'un jugement extérieur des paroles énoncées. Il pourra être limité en garantissant un anonymat aux participants de la recherche. Le biais peut rester malgré tout présent par peur d'un éventuel jugement du chercheur. Il semble difficile d'agir sur ce point-là davantage puisqu'il est incertain et inhérent à la personne interrogée. Il sera pertinent de rappeler le déroulement de la recherche et de l'anonymat des résultats en début d'entretien afin de réinstaurer notre posture de chercheur auprès de la personne interrogée et donc la rassurer sur la passation de l'entretien et lui permettre de s'exprimer plus librement.

2.5 *Question inaugurale*

Nous allons maintenant nous intéresser à la formulation de la question inaugurale de notre entretien clinique. Nous avons établi préalablement qu'il s'agirait de la seule question qui guidera notre entretien et sera uniquement accompagnée de diverses techniques de relance afin d'approfondir sur des éléments évoqués par les participants. Il est donc essentiel que cette question puisse nous permettre de développer des éléments en lien avec notre question et notre objet de recherche. Nous allons donc partir de cette même question de recherche afin de la rendre plus compréhensible et plus adéquate pour la passation d'un entretien.

La question de recherche est : *Comment le conflit décisionnel entre l'ergothérapeute et le patient, qui ne présente pas de troubles pouvant remettre en cause sa capacité décisionnelle, dans le cadre d'un dilemme éthique, pourra-t-il être perçu par le soignant sur un plan professionnel ?* Cette question met en œuvre l'objet de recherche en s'intéressant à la perception du soignant par rapport au conflit décisionnel lié au dilemme éthique, il s'agit de la partie centrale de notre recherche et de la question. Elle met également en œuvre le contexte situationnel de cette demande en évoquant l'état du patient. Ce contexte sera préalablement introduit lors de la présentation de notre recherche et de son intérêt aux participants de

l'entretien. Il semble donc peu pertinent d'inclure ce même contexte de la demande qui aura déjà été instauré ultérieurement. Son omission permet de simplifier la question tout en conservant son intention initiale et permettra donc une meilleure compréhension et implication des participants de la recherche. Il semble également intéressant d'actualiser la réflexion afin de permettre à la personne de s'exprimer sur son expérience personnelle et non pas sur un plan purement théorique. Il serait donc intéressant de modifier l'aspect conditionnel du "pourra" en "peut" ce qui ne modifie pas le fait que nous n'émettons pas de postulat en tant que chercheur en conservant le fait qu'il s'agit d'une possibilité et cela permet également de réactualiser la réflexion sur un plan plus personnel pour la personne interrogée.

La question inaugurale sera donc : *Comment le conflit décisionnel entre l'ergothérapeute et le patient, dans le cadre d'un dilemme éthique, peut-il être perçu par le soignant sur un plan professionnel ?*

Etant donné que les notions d'éthiques sont très larges il semble pertinent d'associer cette question avec un exemple afin de situer plus précisément la réflexion pour les participants. L'exemple utilisé sera l'une des situations à l'origine de notre questionnement, cette situation concernait un patient atteint d'une myopathie dans un stade peu avancé et qui souhaitait la mise en place d'un FRE qui a été refusée par les soignants pour risque de fonte musculaire prématurée concernant l'avancée de la pathologie et qui a mené à une rupture de la relation thérapeutique. Cet exemple sera donc présenté aux participants avant la question inaugurale afin d'établir un exemple de dilemme éthique et de leur permettre de situer leur réflexion plus facilement.

2.6 Test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche

Le dispositif de recherche a été testé afin de mesurer sa validité et sa faisabilité. Pour ce faire, nous avons réalisé un essai de l'outil de recueil de données en situation réelle. Nous avons donc réalisé un entretien individuel qui a été réalisé en distanciel (entretien téléphonique) afin d'accommoder plus facilement l'organisation de cet entretien concernant l'horaire et la distance séparant le chercheur et le participant mais également dans le but de respecter les mesures d'hygiène concernant la distanciation qui sont en vigueur en France durant la période de réalisation de cette recherche.

Cet entretien a été réalisé dans le but d'observer la pertinence de la question inaugurale et de permettre d'établir des modifications en fonction des éléments observés. Si la question n'est

pas pertinente, le participant débutera l'entretien sur un thème qui peut être considéré comme hors-sujet ou peut ne pas la comprendre et demander des explications supplémentaires. Cet entretien avait également pour but d'observer la pertinence d'un entretien libre pour notre recherche ainsi que la capacité du chercheur à assurer ce type d'entretien. En effet, si la réflexion est incohérente malgré les tentatives de relance tout au long de l'entretien alors l'entretien libre peut paraître inapproprié ou mal exécuté dans le cadre de la recherche et doit donc être réévalué.

Cet entretien a été concluant, l'exemple a été apprécié par le participant qui dit avoir pu situer plus rapidement l'enjeu. La question inaugurale semble avoir été comprise puisque l'entretien débute directement et le témoignage est pertinent. Les relances permettent un investissement plus important de la personne dans la relation et aident à explorer davantage les éléments qui sont évoqué brièvement.

A l'issue de l'entretien, le participant estime que l'entretien s'est déroulé dans de bonnes conditions en se basant sur son expérience personnelle et confirme de nouveau l'utilité de l'exemple évoqué en début d'entretien. Des ajustements concernant la posture du chercheur pourront néanmoins être réalisés suite à cet entretien qui consistait en une première expérience pour l'entretien libre.

2.7 Déroulement de la recherche

La recherche a commencé par la constitution de l'échantillon observé. Les critères d'inclusion et d'exclusion ayant été défini au préalable, il est nécessaire d'établir une démarche de sélection pour les participants de la recherche qui répondent aux critères établis. Des recherches ont été réalisées sur internet, sur des forums spécialisés en ergothérapie ainsi que sur les bases de données dont l'institution dispose concernant les contacts des ergothérapeutes professionnels qui exerce actuellement afin de contacter des ergothérapeutes susceptibles de participer aux entretiens. Une prise en contact au travers des réseaux sociaux a également été réalisée afin de contacter des participants. La méthode de recherche est clinique, la sélection a donc été aléatoire auprès des ergothérapeutes qui répondaient aux critères d'inclusion afin de ne pas introduire de biais de sélection. Il a été possible de contacter 3 ergothérapeutes pour la réalisation des entretiens.

La prise de contact avec les ergothérapeutes pour la réalisation des entretiens a été faite par mail dans un premier temps pour obtenir leur accord concernant leur participation anonyme à la

recherche et pour fixer un rendez-vous. Dans un second temps, les entretiens ont été réalisés par téléphone.

2.8 Outils de traitement et d'analyse de données sélectionnés

Pour permettre le traitement et l'analyse des données, il est nécessaire d'établir un choix concernant la méthode de traitement d'analyse textuelle qui sera utilisée.

Dans le cadre de la méthode clinique, l'analyse va consister à croiser les entretiens afin d'analyser les contenus signifiants. Cette analyse peut être focalisée sur l'énonciation de la personne, ses expressions ou encore sur les thématiques abordées (16).

Dans notre cas, une analyse des énonciations ou des expressions utilisées par les participants semble être un point non essentiel pour traiter l'objet de recherche. Cette analyse pourrait être réalisée en complément mais le manque d'expérience pour ce type d'analyse pourrait également induire un biais dans les résultats, elle sera donc écartée.

La méthode d'analyse textuelle qui semble donc la plus appropriée dans le cadre de notre démarche clinique et d'entretiens libre est l'analyse thématique. L'entretien étant libre et étant focalisé sur le ressenti et la perception des divers ergothérapeutes interrogés en regard de la situation, il est nécessaire d'établir des thèmes au préalable. Si l'entretien avait été directif, il aurait pu être intéressant de se baser sur les questions pour établir ces thèmes. Dans notre cas il semble judicieux de comparer les entretiens manuellement et d'établir des thèmes en fonction des similitudes dans les différents discours.

Le choix d'une retranscription manuelle des différents entretiens a été réalisé. Ce choix est dû à une absence de maîtrise des logiciels existants qui aurait pu automatiser cette démarche. Il aurait également fallu consacrer un temps conséquent à l'apprentissage de l'utilisation de de ces divers logiciels et cela aurait pu impacter l'avancée du travail.

3 Présentation des résultats

Nous allons dans un premier temps présenter les résultats concernant les données descriptives de la population puis nous présenterons les données textuelles dans un second temps.

3.1 *Données descriptives*

Comme nous avons pu le décrire précédemment, la population à partir de laquelle ces résultats ont pu être obtenus est constituée de trois ergothérapeutes exerçant en France qui interviennent auprès de patients ne présentant pas de troubles pouvant remettre en question leur capacité décisionnelle.

Le premier entretien a été réalisé auprès d'un ergothérapeute qui exerce à temps partiel dans un EHPAD, en libéral et dans diverses autres structures

Le second entretien a été réalisé auprès d'une ergothérapeute exerçant en libéral et qui aurait eu des expériences professionnelles antérieures dans des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) notamment

Le dernier entretien a été réalisé auprès d'un ergothérapeute qui exerce dans un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

3.2 *Données textuelles*

Les trois entretiens ont été conduits par téléphone et ont eu une durée moyenne d'environ 30 minutes. Les données recueillies ont été classées dans des tableaux organisés par thème afin de comparer les informations recueillies entre les différents participants. Les thèmes retenus ont été établis à partir des similitudes entre les différents témoignages qui ont été recueillis. Ces thèmes sont :

- L'acceptation du choix de la personne
- Le ressenti de l'ergothérapeute
- L'impact de la prise de décision en équipe
- Les divergences d'identité professionnelle et d'expériences
- Les obstacles rencontrés pour la prise de décision éthique

Tableaux d'analyse thématique

Thème	Numéro d'Entretien	Verbatim des ergothérapeutes interrogés
Acceptation du choix de la personne	E1	<p>On a toujours l'impression que la personne a forcément envie d'être toujours plus autonome, qu'elle va réinvestir ce qu'on lui propose et ce n'est pas toujours le cas, ça nous amène à travailler sur l'acceptation et à dépasser nos propres croyances nos propres préjugés</p> <p>Je pense qu'il faut aussi savoir accepter qu'on est pas tout puissant</p> <p>Je pense qu'il faut simplement être là pour faire de la formation expliquer quel est notre point de vue et pourquoi nous on changera pas notre position, par contre si notre position ne correspond pas à ce que la personne elle souhaite alors là il faut accepter que l'on peut pas l'empêcher.</p> <p>Je pense que si la personne a un projet en tête le tout c'est être vraiment sûr qu'elle ait bien été informée</p> <p>Il faut juste savoir lâcher prise et respecter aussi des décisions qui ne sont pas les nôtres et qui ne mettent pas en jeu notre responsabilité [...] si on est dans l'autodétermination et que l'on veut que cette personne garde cette autonomie décisionnelle il faut savoir faire un petit pas de côté et respecter ça et c'est pas toujours évident</p>
	E2	<p>On est là pour conseiller, pour accompagner mais on est pas là pour se substituer surtout pas et dans toutes les situations conflictuelles, si vous voulez être sûr de vous retrouver à 100% dans une situation où vous allez être en rupture thérapeutique et bien vous n'écoutez pas votre patient ou alors vous avez une relation médiocre avec lui il ne vous fait pas confiance [...] et là vous êtes sûr que quoique vous allez proposer, la personne ne vous fera pas confiance vous allez très vite vous retrouver dans des situations très compliquées</p> <p>Si vous écoutez votre patient, vous allez écouter ses demandes, [...] si vous écoutez ses besoins vous êtes dans le cadre de l'ergothérapeute qui est un thérapeute qui est vraiment au carrefour de l'équilibre occupationnel et de l'équilibre de vie de la personne</p> <p>Tout est proposé, rien n'est imposé et après c'est "un jeu" parce que ce n'est pas un juste mais c'est un jeu de négociations et il y a une très forte composante de discussion, d'explication et d'amener la personne à</p>

		<p>comprendre notre point de vue. Mais nous aussi il faut que l'on comprenne leur point de vue</p>
	<p>E3</p>	<p>De mon point de vue en tant que professionnel, la volonté du patient c'est un peu de l'or c'est elle est vraiment primordiale</p> <p>Moi c'est ce qui me permet en fait d'éviter justement d'avoir trop de conflits. C'est que la parole des personnes vient vraiment en priorité après ce dont je peux m'assurer c'est que la personne prend sa décision en toute connaissance c'est vraiment avec une autonomie importante c'est que si elle demande quelque chose qui va me poser problème il faut vraiment que je m'assure qu'elle a bien compris les tenants et les aboutissants de cet avis et de ces enjeux. Après si en toute connaissance de cause elle prend une décision qui peut voir son état se dégrader tant pis pour elle tant pis pour sa situation. C'est elle qui en subira les conséquences. Après j'aurai quand même tout fait pour lui expliquer ce qui risquera d'arriver et je lui laisserai aussi la possibilité de pouvoir changer son choix par la suite.</p> <p>Il faut aussi essayer de comprendre quel est le point de vue de la personne et au niveau de son autonomie [...] c'est énorme aussi pour la personne de se dire qu'elle va avoir de l'autonomie grâce à son fauteuil roulant. C'est vraiment s'assurer que la personne a compris les enjeux et dans ce cas-là, elle acceptera mieux la décision une fois qu'elle aura pris le choix en fait. Il faut comprendre sa décision.</p> <p>Quand on fait vraiment de l'accompagnement on est là pour être vraiment à côté de la personne pas pour décider à sa place pas pour la laisser faire forcément n'importe quoi, mais être à côté et s'assurer vraiment qu'elle a pris sa décision en toute connaissance de cause</p> <p>Même quand j'ai eu des conflits avec certaines personnes, je suis aussi à l'aise pour leur dire c'est votre vie c'est pas moi qui en subirai les conséquences. Je pense qu'il faut aussi savoir se détacher à certains moments.</p> <p>Une personne qui dirait non et qui voudrait absolument quelque chose, plutôt que de se mettre en opposition avec elle, il faut comprendre son point de vue et de toutes façons nous on est des accompagnants on est là pour la personne et pas contre elle. Si on se met contre elle ça se retournera forcément contre nous aussi</p>

Thème	Numéro d'Entretien	Verbatim des ergothérapeutes interrogés
<p align="center">Ressenti de l'ergothérapeute</p>	<p align="center">E1</p>	<p>Mon attitude ça a été en fait pour moi c'était « mon rôle » d'essayer de le convaincre, j'avais l'impression que quelque part je passais à côté de quelque chose et qu'il y avait sans doute peut-être une autre approche à avoir de mon côté, un peu de remise en question de ma pratique</p> <p>La frustration d'une part de pas pouvoir aller au bout de ce que l'on estime possible de ce que l'on sait possible</p> <p>On n'a pas d'autre choix que d'accepter de répondre à sa demande [...] mais c'est vrai que c'est pas forcément quelque chose que l'on vit très très bien</p> <p>Quelque chose qui peut aider à déjà pour nous en tant que soignant à mieux le vivre et puis même à désamorcer une situation c'est de verbaliser auprès des personnes concernées et expliquer qu'à un moment donné on se sent limité dans telle ou telle situation dans le cas où un patient aurait des conduites on va dire contraires à ce qui serait souhaitable pour son état de santé</p> <p>Le sentiment peut-être de pas avoir assez de moyens dans ce cas-là en tout cas et la frustration de ne pas pouvoir développer plus de choses. Pour le coup c'est pas l'impuissance, c'est l'impression de ne pas avoir assez les moyens de faire</p>
	<p align="center">E2</p>	<p>Éthiquement je ne me positionne pas pour dire à une dame on vous empêche d'accéder au truc qui fait que votre vie est une vie</p> <p>Je le vis comme une injustice alors pas trop comme une injustice pour moi car moi maintenant je suis bien au-delà de ça je m'en fous personnellement ça ne me touche pas mais par contre je trouve ça d'une extrême injustice pour la personne.</p> <p>Donner notre avis de thérapeute, proposer c'est important on est là pour ça, on ne ferait pas notre travail correctement si on ne le faisait pas donc il faut le faire mais après il y a aussi une attitude d'écoute</p> <p>Je trouve ça extrêmement violent et c'est pas rare que j'ai des gens qui arrivent qui soient en pleurs parce qu'ils viennent de subir une attaque. J'appelle ça une attaque car je trouve ça</p>

		<p>extrêmement violent, l'attaque d'un médecin ou l'attaque d'un thérapeute qui a été extrêmement maladroit et pas à l'écoute</p> <p>Moi je me sens pas de me positionner la dessus. C'est pas mon rôle, mon rôle c'est pas de juger quel va être son temps de vie en fonction du matériel. Moi mon rôle c'est de lui dire OK vous vous mettez en fauteuil électrique il risque de vous arriver ça [...]. Je n'ai pas à me positionner à me substituer par rapport à la façon dont va vivre la personne, dont elle va vivre son handicap.</p>
	<p>E3</p>	<p>Au début ça peut être difficile quand on rencontre ces situations les premières fois [...] moi j'arrive à me détacher je me dis que la personne doit être saine de son corps et quand on fait vraiment de l'accompagnement on est là pour être vraiment à côté de la personne pas pour décider à sa place</p> <p>Il faut aussi prendre du recul par rapport à tout ce que l'on peut avoir en tant que soignant ou en tant qu'accompagnant de prendre le recul par rapport à sa propre vie.</p> <p>Je préfère avoir quelque chose qui soit petit en ambition et qui soit bien fait que quelque chose qui soit très ambitieux et se réalise pas voilà</p> <p>J'ai l'impression qu'on est quand même plutôt bien formé pour des ergothérapeutes après c'est un petit peu loin pour moi pour savoir si au niveau de la formation on peut nous y aider ou pas mais voilà je pense que l'on a quand même les éléments pour pouvoir bien faire les choses</p> <p>Moi je vais bien quand je suis convaincu que la personne a pu faire son choix.</p>

Thème	Numéro d'Entretien	Verbatim des ergothérapeutes interrogés
L'impact de la prise de décision en équipe	E1	<p>Comme du coup j'étais en ergothérapie avec un collègue j'ai pu en discuter avec lui et que l'on a essayé de réajuster tout un tas de choses</p> <p>Ça permet déjà d'avoir double regard sur une situation, de pas être dans l'épuisement et puis de pouvoir répondre à des demandes [...] sur lesquelles on peut pas toujours répondre donc il y a vraiment un côté pratique à ça mais effectivement le fait d'être en co-thérapie bien justement quand on est dans des situations un peu frustrantes, ça permet voilà de se questionner peut-être plus vite et plus facilement et de mieux gérer cette frustration qui peut y avoir. Pour d'autres patients pour lesquels j'étais pas forcément en binôme avec un collègue il y a des situations un peu similaires que j'ai pu vivre et ou on se sent un petit peu seul</p> <p>En fait la réaction quand on a des situations comme ça c'est d'aller chercher un peu de l'aide aussi après des autres partenaires, le kinésithérapeute, l'orthophoniste... Voilà voir un peu comment ça se passe pour aussi se dire soi-même bon c'était pas moi qui ait mal fait mon travail il y a peut-être d'autres enjeux</p> <p>Il y a cette réassurance c'est aussi complémentaire en fait de se dire qu'un autre collègue suit la situation voilà ça évite justement de passer à côté parfois de certaines choses qu'on aurait pu oublier de questionner</p>
	E2	<p>C'est un travail d'équipe autour de la personne et pas juste un travail le médecin la personne et l'ergothérapeute il faut un accompagnement pluridisciplinaire il faut du temps et il faut de l'écoute de l'écoute de l'écoute de l'écoute de l'écoute.</p> <p>Les analyses de pratiques les audits et les réflexions en équipe qui sont un point important pour pouvoir arriver à prendre les bonnes décisions et accompagner la personne. Également les supervisions pour savoir nous positionner dans le soin et dans les relations avec vos patients c'est très important mais ça c'est personnel, ça peut faire partie du travail d'équipe et ça c'est chouette. Mais bon après faut-il avoir les bons accompagnants et le bon personnel pour faire ça.</p>
	E3	<p>On se voit en réunion d'équipe et que l'on peut échanger et qu'en plus on met en place un projet personnalisé d'accompagnement pour lequel tout le monde participe. A partir du moment où l'on a recueilli des attentes des personnes ont décident des axes d'accompagnements et on se tient à ce qui a été acté. Ça dépend des gens, moi dans ma pratique, je fonctionne comme ça et il n'y a pas de soucis. Après en centre de rééducation il y a tout de même en règle générale une fois</p>

		<p>par semaine une réunion d'équipe donc cela dépend des gens. C'est au professionnel de savoir travailler ensemble et de savoir se mettre d'accord.</p> <p>Une équipe qui ne discute pas ce n'est pas une équipe saine. Et ce n'est pas parce que l'on est ergothérapeute que l'on doit toujours être d'accord. Après nous on a toujours une prescription médicale bien pratique parce que l'on n'a pas à décider mais on est entre le patient et le médecin. Dans les deux cas on peut avoir notre point de vue on peut dire les choses et on se plie à la décision finale qui sera prise mais il faut savoir se positionner</p>
--	--	--

Thème	Numéro d'Entretien	Verbatim des ergothérapeutes interrogés
<p>Les divergences d'identité professionnelle et d'expériences</p>	E1	<p>En tant qu'ergothérapeute on a souvent tendance à voir la capacité de la personne, on voit les incapacités, on voit ce qui est possible</p> <p>On est de toutes façons pas décisionnaire final de cette décision de contention c'est le médecin qui l'est et ce n'est pas toujours évident de pas être d'accord surtout quand ça ne va pas complètement dans le sens de la personne</p>
	E2	<p>Souvent cette attitude d'écoute moi j'ai remarqué qu'elle dans les équipes ou on a pas trop le temps parce qu'il faut rentabiliser, parce qu'on a besoin de temps, parce qu'il y a des médecins ou des professionnels qui ne sont pas du tout dans cette attitude là</p> <p>Peut-être que les médecins ont leur positionnement donc je ne suis pas là pour dire les médecins ce qu'ils font c'est bien ou c'est pas bien mais nous en tant qu'ergothérapeute on ne se situe pas que dans le soin ou que dans le corps ou que dans la psyché on est au carrefour de tout ça donc il faut vraiment que l'on trouve un équilibre la dedans et cet équilibre il faut qu'on le trouve avec le patient</p> <p>J'ai travaillé dans des établissements ou les accompagnements ont été extrêmement bien faits et des accompagnements où c'était lamentable et c'est aussi un petit peu pour ça que je ne travaille plus en établissement d'ailleurs et c'est parce que je suis souvent en désaccord avec leur positionnement éthique parce je trouve que ça manque d'éthique</p> <p>On parle de chiffre, on parle de rentabilité, on parle de choses comme ça dans les écoles de médecine où l'on devrait parler d'humain ou l'on devrait parler de gens, on parle de pathologie on ne parle pas de la personne qui porte la pathologie</p>

	<p>E3</p>	<p>J'ai eu des conflits avec des collègues ergothérapeutes notamment par rapport à la myopathie qui veut imposer systématiquement de mettre un fauteuil roulant verticalisateur à des jeunes ayant une myopathie qui leur mettent des corsets et qui leur disent qu'ils n'ont guère le choix mais voilà moi j'étais moins strict là-dessus [...] Après des fois c'est de l'expérience, moi certains professionnels qui avaient beaucoup d'expériences avaient eu aussi les conséquences des choix des personnes de ne pas faire de positionnement correct qui n'avait pas envie de faire subir ça à d'autres personnes</p> <p>J'ai l'impression qu'on est quand même plutôt bien formé pour des ergothérapeutes [...]. Peut-être par rapport aux médecins qui eux peuvent avoir aussi l'impression qu'ils vont sauver tout le monde mais bon maintenant les nouveaux médecins sont aussi sensibles à ce genre de tessitures.</p> <p>Certains médecins ont plus l'habitude d'imposer les choses, parce que la parole médicale ne se discute pas de manière générale donc forcément certains peuvent avoir cette frustration de se dire que c'est eux qui décident à la fin parce qu'eux sont décideurs donc eux ont un pouvoir que nous n'avons pas en tant qu'ergothérapeute je crois que ça change mais pour le moment on est pas prescripteur donc on a pas de décision médicale donc nous la seule chose que l'on peut faire nous c'est d'accompagner les gens et de leur redonner les informations</p> <p>Alors je ferais pas de généralité, maintenant c'est une conception de l'accompagnement peut-être qui peut évoluer effectivement, je pense que maintenant on est plus habitué à écouter les personnes et à les entendre. Tous les dispositifs publics sont créés dans ce sens maintenant donc ils vont dans ce sens donc maintenant on sort de l'école avec ces notions là et cette pratique-là. Ce qui n'était pas forcément le cas avant où l'on était dans un modèle très médical avec une hiérarchie qui était plutôt stricte avec une relation qui était plus dans la prise de décision pour la personne que dans l'écoute de ses attentes.</p> <p>Après je cracherai pas sur les « anciens » parce que je dis eux ont eu l'expérience dans la pratique de par les conséquences de certaines choses que l'on n'a pas quand on vient d'avoir son diplôme. C'est facile quand on vient d'avoir son diplôme d'écouter les personnes quand on ne sait pas trop ce que cela va engendrer.</p> <p>Je pense qu'on a probablement eu une évolution dans la manière de se positionner. Maintenant on est vraiment dans un raisonnement où la personne est au centre. C'est à dire que l'on prend en compte l'environnement, les choix voilà.</p>
--	------------------	---

		<p>Nous on a toujours une prescription médicale bien pratique parce que l'on n'a pas à décider mais on est entre le patient et le médecin. Dans les deux cas on peut avoir notre point de vue on peut dire les choses et on se plie à la décision finale qui sera prise mais il faut savoir se positionner</p> <p>Il faut essayer de faire le médiateur entre le patient et ses volontés et le médecin ou l'équipe qui peut avoir un avis plus médical. Après c'est ce à quoi on se confronte dans la pratique d'être entre les deux, moi j'ai l'habitude de ça et je suis plutôt à l'aise avec ce positionnement-là.</p>
--	--	---

Thème	Numéro d'Entretien	Verbatim des ergothérapeutes interrogés
Les obstacles rencontrés pour la prise de décision éthique	E1	<p>Parfois on est vraiment pris dans des dynamiques, des systèmes familiaux qui nous dépassent un petit peu en fait et sur lesquels on a pas forcément de levier</p> <p>Il y a aussi le manque de temps qui fait que l'on ne peut pas passer toute une journée pour un résident à mettre en place des choses sur un petit temps de travail</p> <p>Il y a beaucoup de résidents à voir et je ne peux pas me permettre de passer 4 heures avec une personne. C'est à dire qu'il faudrait que je les voie un peu le matin, un peu au moment du repas, se déplacer, aller en chambre [...] je n'ai pas suffisamment d'informations des équipes sur le contexte même si j'essaye de creuser car l'équipe elle-même est réduite</p> <p>Au niveau de l'équipe il y a l'aspect hiérarchie que l'on respecte quelle que soit la décision car c'est le médecin qui va être décisionnaire final bon après il y a tout un travail de lien à faire l'ergothérapie est assez reconnue il n'y a pas spécialement d'explication à faire mais parfois le médecin aussi doit se protéger lui-même donc on est pris dans les contraintes institutionnelles mais aussi législatives et les questions de responsabilité</p>
	E2	<p>Les choses qui compliquent les prises de décision c'est les positions arrêtées d'une part ou d'autre, les positions arrêtées, le jugement, la non-écoute donc c'est le jugement ferme et définitif, l'enfermement de la personne dans une situation qui ne correspond pas à sa réalité</p> <p>D'un point de vue de la formation d'ergothérapeute [...] de mon temps c'était des choses qui n'étaient absolument pas du tout abordé sous aucune forme. Donc on se forme sur le tas, quand on a la chance de rencontrer des thérapeutes extraordinaires qui vous accompagnent et qui sont très</p>

		<p>humains et bien c'est extraordinaire et quand vous avez pas de chance et que vous êtes dans des institutions ou l'on traite un peu les gens comme du bétail à la chaîne</p> <p>Oui les gens sont blasés après et ils ont tellement plus de moyens et tellement plus de temps pour prendre soin que les soins se déshumanisent</p> <p>Donc il y a un manque de moyens dans les institutions qui est de plus en plus important puisque que l'on coupe les vivres à tout le monde et donc oui dans le positionnement éthique dans le soin il y a une réelle difficulté au niveau institutionnel et ça va bien au-delà puisqu'au niveau politique générale il y a de moins en moins de moyens alloués à la santé [...] c'est quelque chose qui peut gêner dans les prises de décision puisque quand vous savez que la bonne pratique par exemple pour une personne par exemple la petite mamie qui est agressive il faudrait être à 2 pendant 3 quarts d'heure pour lui faire un soin correct sauf que les aides-soignantes elle est seule c'est pas les c'est l'aide-soignante elle est seule et elle a 20 minutes.</p> <p>On est sur une limite institutionnelle et on est sur une limite dans les financements et dans la politique c'est un sujet qui va toucher très très loin. Il n'y a pas que la formation, les filles elles sont formées à l'éthique mais quand on ne leur donne pas les moyens après physiques et techniques et technologiques de faire mieux et bien chacun fait comme il peut aussi après au bout d'un moment.</p>
	E3	En obstacle effectivement ça peut-être les troubles cognitifs de la personne

4 Discussion des données

Nous allons maintenant procéder à la phase finale de ce travail de recherche. Pour cela, nous allons tout d'abord réaliser une interprétation des résultats obtenus. Ensuite, nous apporterons des éléments de réponses concernant l'objet de notre recherche. A la suite de cela, nous réaliserons une critique du dispositif de recherche utilisé. Puis, nous discuterons des apports, des intérêts et des limites de nos résultats pour la pratique professionnelle et nous nous intéresserons à des possibilités de transférabilité de la recherche pour cette dernière. Enfin, nous développerons des perspectives de recherche pour poursuivre la réflexion.

4.1 *Interprétation des résultats*

Concernant l'interprétation que nous pouvons faire des résultats de la recherche, nous n'avons pas atteint le stade de saturation des données et l'échantillon étudié bien que pertinent était restreint. De plus, la méthode utilisée pour cette recherche est la méthode clinique qui consiste à explorer le phénomène dans toutes ses dimensions. Par conséquent il ne sera pas question de généraliser les résultats à la pratique de l'ergothérapie et il sera donc essentiel de maintenir une posture hypothétique dans notre discussion. L'objet de cette dernière sera donc de décrire le phénomène en fonction des résultats obtenus.

L'étude qualitative que nous avons pu réaliser nous a permis de faire émerger le ressenti des ergothérapeutes que nous avons interrogé concernant les conflits décisionnels et les dilemmes éthiques avec les patients.

4.1.1 L'acceptation de la volonté du patient et de la non-toute-puissance du soignant

Nous pouvons observer un consensus parmi les différents participants concernant une volonté d'accompagner le patient en regard de sa demande même si cette dernière est estimée comme étant néfaste pour son état de santé. Les différents participants expriment que leur rôle en tant qu'ergothérapeute sera d'expliquer à la personne les risques que peuvent représenter son choix et de l'accompagner quelle que soit sa décision. Ils décrivent également que cette acceptation est basée sur l'écoute de la volonté du patient et des raisons qui l'amène à prendre cette décision qui peut nous poser question. Ils précisent qu'il est essentiel d'accepter que nous ne sommes pas "tout-puissants" en tant que soignant puisque nous ne pourrions pas changer les attentes de la personne, si nous imposons nos choix au patient et qu'ils ne correspondent pas à ce qu'il souhaite il va rentrer dans un conflit.

Le patient est celui qui va vivre les conséquences de sa décision, il est essentiel qu'il puisse avoir conscience des enjeux qu'elle représente. Il semble peu pertinent de s'opposer à une décision du patient tant qu'elle est éclairée. En tant que soignant, nous aurons accompagné la personne dans son projet en lui proposant notre expertise et en lui expliquant les enjeux que peuvent représenter son choix mais seulement le patient vivra cette décision au quotidien, il semble donc important que son choix soit celui qui prime puisqu'il influera sur son équilibre psychique, physique et occupationnel selon la gravité de la décision qu'il devait prendre. Il semble essentiel d'échanger avec le patient afin de comprendre les enjeux qui sont présents concernant sa décision et donc sa motivation et ses intérêts. Notre expertise professionnelle est

importante et nous permettra d'accompagner et de conseiller le patient mais il semble peu pertinent de la prioriser par rapport à la volonté du patient et de lui imposer nos choix alors qu'il vivra directement la décision et l'assumera quelle qu'en soit les conséquences. Le positionnement de l'ergothérapeute qui semble adapté dans la résolution des conflits en regard des résultats serait celui de l'acceptation et de l'écoute des demandes du patient ainsi que de l'accompagnement en regard de ces choix.

Si le thérapeute entend et comprend la demande du patient et cherche à l'accompagner en regard de cette décision nous pouvons supposer que le conflit pourra être évité. Il pourrait donc être intéressant pour l'ergothérapeute d'essayer d'échanger avec le patient afin d'atteindre éventuellement un compromis si la demande présente des risques importants et qu'il existe des solutions alternatives à proposer. Si l'échange n'est pas concluant le conflit décisionnel aura malgré tout été évité et le patient vivra la conséquence de son choix éclairé.

Le ressenti du thérapeute sera inhérent à la personne puisque notre affect et notre personnalité sont définies par notre histoire personnelle. Néanmoins, les participants décrivent que ces situations de conflit décisionnel peuvent être difficiles à vivre les premières fois. Il semble y avoir un consensus concernant le fait qu'il est essentiel d'arriver à se détacher de cette décision et revenir encore une fois à une "acceptation" du choix de la personne et de la façon dont elle va décider de vivre cette décision après avoir entendu notre avis à ce sujet. Il semble pertinent d'adopter cette posture étant donné que comme nous l'avons dit précédemment, le thérapeute n'est pas "tout-puissant", il ne peut pas forcer la personne à faire ce qu'elle ne souhaite pas, par conséquent il n'est pas responsable du choix que le patient fera mais doit l'accompagner en conséquence et lui indiquer les tenants et les aboutissants de cette décision. Si l'on part de ce postulat il semble essentiel que le soignant arrive à se détacher d'une quelconque culpabilité dans ce type de situation puisqu'il respecte la volonté et l'autonomie décisionnelle de la personne par conséquent il ne devrait pas s'infliger de souffrances psychiques à ce sujet.

4.1.2 Divergences d'approches des conflits décisionnels entre les soignants

Nous pouvons également observer un consensus pour les participants concernant une divergence entre l'approche que peut avoir l'ergothérapeute dans ce type de situation et celle des autres soignants. L'ergothérapeute est décrit comme ayant une vision holistique de la personne et qui est à l'écoute des difficultés qu'elle peut rencontrer par les participants. Cependant, ils décrivent également qu'il est possible que cette attitude d'écoute des difficultés

de la personne et de compréhension des enjeux qui sont présent pour elle n'est pas tout le temps présente dans les équipes pour diverses raisons. L'une d'entre elle pourrait être une divergence entre les identités professionnelle des professions. Cette divergence apparaitrait notamment avec les médecins qui serait dans une approche qui s'apparenterait plus à un modèle biomédical ou la parole du soignant ne se discute pas.

Des divergences auraient également été observées concernant le positionnement des thérapeutes au sein d'une même profession en fonction des années d'expérience. Les médecins qui seraient diplômés depuis peu ou en cours d'étude serait par exemple plus à l'écoute des difficultés du patient et plus ouvert à l'échange concernant la décision de ce dernier. Tandis que les ergothérapeutes ayant une expérience plus élevée que certains participants seraient moins ouvert à ce même échange dans certaines situations, ce choix pourrait probablement être lié à cette différence d'expérience qui leur a permis de rencontrer les conséquences de ces décisions ce qui pourrait les amener à souhaiter d'éviter ces souffrances à d'autres personnes conformément au principe de non-malfaisance.

Les origines de cette divergence pourraient être liées directement à la formation ce qui pourrait expliquer la présence de spécificité entre les formations mais également celles qui sont présente entre les générations d'une même profession qui pourraient être justifiées par un changement de paradigme dans le cadre de la formation et une modification de l'approche enseignée. Si nous poursuivons le raisonnement à partir de cette supposition, les jeunes diplômés aurait une approche plus proche du modèle biopsychosocial tandis que les soignants qui exerçaient avant le supposé changement auraient acquis une approche qui serait centrée sur le modèle biomédical ce qui pourrait en effet justifier la divergence. Le positionnement de l'ergothérapeute aurait donc pu être influencé par ce changement dans les dogmes de pensée au fil des années.

Ces divergences pourraient mener à des conflits au sein de l'équipe ou à des frustrations pour les thérapeutes. Les soignants n'ont pas tous les mêmes responsabilités au sein de l'équipe, le médecin est généralement celui qui tranchera lorsqu'une décision doit être prise au sein d'une équipe. L'ergothérapeute pourrait donc être amené à ressentir une frustration en lien avec son incapacité à aider le patient dans son projet de soin si l'équipe ne partage pas la même opinion. Ces divergences d'opinion pourraient donc représenter un obstacle concernant la résolution des conflits décisionnels avec la demande du patient dans certains cas. L'ergothérapeute est considéré par les personnes interrogés comme étant le médiateur entre l'équipe

pluridisciplinaire, le médecin et le patient par rapport à ces divergences étant donné que sa vision est holistique comme nous avons pu l'établir précédemment.

4.1.3 Les éléments facilitateurs et les obstacles ou limites observées lors des conflits décisionnels

Concernant les conflits décisionnels les participants ont pu observer des éléments qu'ils estiment comme étant des obstacles ou comme étant facilitant pour leur résolution. Parmi ces obstacles nous pouvons majoritairement retrouver les divergences que nous avons abordé précédemment ainsi que les contraintes institutionnelles à savoir la charge de travail, le temps qui peut être accordé à chaque patient, les contraintes financières ou encore le manque de personnel. Certains estiment que les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont formés en éthique et seraient en mesure d'accompagner les patients sans rentrer dans le conflit décisionnel dans la majeure partie des cas si ces contraintes institutionnelles n'étaient pas présentes. Il est important de préciser que ces obstacles peuvent varier selon les milieux notamment concernant les contraintes institutionnelles qui sont inhérentes aux structures et qui pourraient donc ne pas être présentes dans certains milieux ou structures. Ces contraintes institutionnelles sont perçues comme étant un obstacle majeur par les ergothérapeutes interrogés qui perçoivent un manque de moyen mis à leur disposition pour répondre à ces situations. On peut observer une corroboration entre nos résultats avec ceux de l'étude d'Andrew R. Freeman qui décrivaient également une perception d'un manque de moyens mis à la disposition du personnel pour ce type de situation et que la prise en charge en était impactée (5).

Des obstacles qui seraient plus inhérents à la situation ont également pu être observés par les personnes interrogées avec notamment l'environnement familial qui pourrait également être un élément facilitateur selon la situation.

L'élément facilitateur le plus mentionné est le travail en équipe qui permettrait un meilleur accompagnement de la personne par le biais des échanges qui pourraient permettre à l'ergothérapeute d'adapter son intervention en fonction des informations et des conseils qu'il pourrait recevoir. Il s'agirait également d'un élément important pour l'ergothérapeute sur le plan moral puisqu'il pourrait se réassurer concernant la pertinence de son intervention et la qualité de son travail au travers des échanges si un conflit venait à survenir.

4.2 *Éléments de réponses à l'objet de recherche*

Conformément à la méthode clinique qui est basée sur l'observation du phénomène sans postulat initial, le but de cette recherche n'était pas d'obtenir de réponses définitives concernant la problématique et l'objet de recherche. Sachant que nous ne sommes pas arrivés à la saturation des données, les éléments de réponses seront eux aussi purement hypothétiques.

L'objet de recherche que nous avons établi était : *La perception de l'ergothérapeute d'un conflit décisionnel avec un patient, qui ne présente pas de troubles pouvant mettre en doute sa capacité décisionnelle, lié à un dilemme éthique.*

Au travers de l'interprétation des résultats nous pouvons établir certains éléments pour répondre à cet objet de recherche. Les ergothérapeutes semblent percevoir que la volonté du patient est un point essentiel à prendre en compte pour la résolution des conflits décisionnel. Ils semblent définir leur rôle comme étant celui d'accompagner la personne et de la guider dans son projet en lui apportant leur expertise et lui expliquant les enjeux de ces décisions tout en respectant son choix. Ces conflits décisionnels pourraient être difficile à vivre pour le thérapeute notamment lorsqu'il s'agit des premières fois qu'il rencontre ce type de situation ou qu'il n'arrive pas à se détacher émotionnellement lors de l'accompagnement de la personne vers une décision qu'il n'estime pas bénéfique pour son état de santé. L'ergothérapeute aurait également une perception différente que celle des autres soignants concernant l'approche qu'il emploie pour la résolution de ces conflits. Il pourrait donc avoir un rôle de médiateur entre l'équipe pluridisciplinaire et le patient afin d'arriver à la mise en place de compromis dans des situations complexes où le conflit serait déjà instauré par exemple. Les conflits décisionnels seraient perçus comme étant des situations complexes par les ergothérapeutes. Diverses contraintes pourraient s'ajouter à la situation initiale et la complexifier davantage. Parmi les contraintes qui auraient pu être perçue par les ergothérapeutes nous retrouvons notamment les limites institutionnelles avec le manque de personnel et de temps ainsi que la charge de travail qui pourraient limiter grandement l'implication des soignants dans les projets de chaque patient puisqu'ils devraient répartir leur temps de prise en soin. Les ergothérapeutes semblent percevoir que les soignants n'auraient donc pas forcément les moyens à leur disposition pour répondre correctement aux situations de conflit décisionnel dans certaines institutions. Il existerait également des contraintes qui serait inhérentes à la situation de la personne comme par exemple son environnement familial qui pourraient également complexifier le conflit. Les conflits décisionnels semblent être perçus comme étant des défis par les ergothérapeutes qui devront

accompagner le patient dans son projet au meilleur de leur capacités et ce malgré les obstacles qu'ils pourront rencontrer.

4.3 Critique du dispositif de recherche

Il est nécessaire d'établir une critique du dispositif de recherche que nous avons utilisé lors de ce travail afin d'obtenir des éléments qui nous permettront de réaliser un dispositif plus performant lors d'un prochain travail.

Tout d'abord les entretiens ont été réalisés dans un contexte sanitaire complexe et par conséquent en distanciel. Ils ont également été réalisé par téléphone et non par visioconférence pour des raisons de disponibilités. Par conséquent, le langage non-verbal des participants n'a pas pu être recueilli ce qui aurait pu être un élément important si nous considérons l'objet de recherche. Privilégier les entretiens en présentiel pourrait être une piste d'amélioration intéressante à explorer. Si le présentiel n'est pas envisageable en lien avec le contexte de distance géographique il pourrait être intéressant de passer par le biais d'outils de visioconférences à minima pour observer les expressions du visage de la personne.

Le format de l'entretien libre semble avoir été pertinent dans le cadre de la méthode clinique puisqu'il a permis de soulever des points inattendus qui auraient pu être délaissés dans le cadre d'un entretien directif. Néanmoins, la formulation des questions de relances en fonction du discours de la personne a pu être maladroite par moment. Il semblerait donc important de s'entraîner davantage à la passation des entretiens pour une éventuelle future recherche. Il pourrait également être intéressant de préparer une variété large de formulation pour des éventuelles question de relance malgré le caractère libre de l'entretien afin de pouvoir permettre une meilleure compréhension du participant et d'éviter une formulation maladroite.

Comme dit précédemment, le format d'entretien libre semble avoir été adéquat dans le cadre de la méthode clinique. Cependant, si nous considérons l'objet de recherche il aurait potentiellement pu être plus intéressant de réaliser des observations en milieu professionnel afin d'obtenir des données directement depuis le terrain et qui ne dépendraient pas du discours des participants de la recherche. Il semble cependant complexe d'organiser une observation en milieu professionnel concernant la résolution des conflits décisionnels avec le patient qui seraient liés à un dilemme éthique puisqu'il s'agit d'une situation particulière qui pourrait ne pas se présenter fréquemment dans la pratique des professionnels observés. Il semble

néanmoins intéressant de considérer une méthode différente ainsi qu'un outil de recueil des données différents pour explorer ce thème sous d'autres angles.

Enfin, nous ne sommes pas arrivés à une saturation des données dans le cadre de cette recherche. Il semble donc qu'il aurait été intéressant de réaliser la recherche à plus grande échelle et d'interroger un plus grand nombre d'ergothérapeute ou éventuellement d'élargir les critères d'inclusions et d'interroger d'autres professionnels de santé sur le sujet.

4.4 Apports, intérêts et limite des résultats pour la pratique professionnelle

La recherche a permis de mettre en avant une pénurie d'écrit scientifique concernant les conflits décisionnels en ergothérapie mais également concernant le monde médical de manière générale. Elle a également permis de mettre en évidence des difficultés qui pouvaient être perçues par les ergothérapeutes concernant leur environnement pour répondre à ces conflits. Enfin elle a permis d'apporter des éléments de réponses concernant le positionnement que l'ergothérapeute peut adopter envers le patient dans ce type de situation mais également concernant son rôle auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

Néanmoins la recherche présente des limites. Comme dit précédemment, nous ne sommes pas arrivés à une saturation des données et l'échantillon interrogé lors de la recherche est restreint par conséquent il est impossible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la profession puisque la recherche n'est pas représentative de la population générale des ergothérapeutes.

4.5 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Il est difficile d'établir une éventuelle transférabilité pour la pratique professionnelle à partir de notre recherche puisque nous avons pu établir que l'échantillon n'était pas suffisamment large pour être représentatif de la profession d'ergothérapeute de manière globale. Nous allons par conséquent proposer des éléments de transférabilité en fonction de nos résultats mais qui ne seront pas définitifs.

Comme dit précédemment, cette recherche a permis d'observer le positionnement que l'ergothérapeute peut adopter dans le cadre de conflit décisionnel en lien avec une demande du patient. Cette situation a été estimée comme étant complexe par les ergothérapeutes pendant l'enquête exploratoire ainsi que pendant la recherche. Cette difficulté serait encore plus accrue lorsque l'ergothérapeute rencontre ce type de situation pour les premières fois. Par conséquent

la recherche pourrait permettre à des jeunes diplômés de réfléchir à leur positionnement et à anticiper ce type de situation qui semble représenter un défi tant sur le plan professionnel que sur le plan moral pour les soignants comme nous avons pu l'observer.

La recherche a également permis de mettre en évidence que l'ergothérapeute pourrait avoir un rôle de médiateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire en regard des demandes du patient. Ce rôle serait lié à la vision holistique et centrée sur l'occupation que peut avoir l'ergothérapeute et sur son attitude d'écoute des demandes de la personne. La recherche pourrait donc également présenter un point intéressant pour la transférabilité à la pratique professionnelle concernant le rôle de l'ergothérapeute dans le cadre de ce type de situation et sur les éléments qu'il va pouvoir apporter à l'équipe pluridisciplinaire afin d'accompagner le patient au mieux de ses capacités.

Enfin, la recherche a permis de mettre en évidence que les ergothérapeutes pourraient rencontrer des limites concernant la prise de décision éthique sur le plan institutionnel. Ces limites institutionnelles seraient perçues comme un obstacle pour l'équipe pluridisciplinaire par les ergothérapeutes qui semblent estimer manquer de moyens pour résoudre les conflits décisionnels dans de bonnes conditions. Ce point semble essentiel pour la transférabilité professionnelle puisqu'il pourrait permettre aux soignants d'évaluer leur environnement de travail et d'échanger à ce sujet afin d'éventuellement développer des solutions concernant ces difficultés. La mise en évidence de ces difficultés pourrait également permettre une prise de conscience de la part des professionnels de santé concernant ce sujet ce qui pourra éventuellement mener à diverses recherches sur le sujet.

4.6 Perspectives de recherche

Nous arrivons au terme de cette recherche mais il est intéressant de considérer d'autres perspectives que recherche par rapport aux résultats obtenus afin d'éventuellement poursuivre la recherche sous d'autres angles.

Pour cette recherche nous nous étions concentrés sur le cas des patients qui ne présentaient pas de troubles qui pourraient remettre en cause leur autonomie décisionnelle. Nous pouvons néanmoins nous demander si les résultats obtenus seraient les mêmes si nous venions à retirer cette contrainte. En effet, est ce que le positionnement de l'ergothérapeute serait modifié dans le cadre de l'accompagnement d'un patient mineur ? Qu'en est-il dans le cas de patient sous tutelle ou sous curatelle ?

Comme nous avons pu le dire précédemment la recherche était également focalisée sur le cas des ergothérapeutes. Il semble intéressant d'étudier le positionnement des autres professionnels de santé plus en détail dans ce type de situation. Cette recherche pourrait s'organiser au travers d'une méthode différentielle afin d'étudier la différence de pensée de manière plus détaillée entre les différents professionnels de santé. Les résultats de cette recherche pourraient compléter ou infirmer ceux que nous avons obtenus et nous permettre de réévaluer la pertinence des résultats qui peut actuellement être remise en question concernant la taille de l'échantillon observé.

Il serait également intéressant d'observer plus en détails les contraintes qui peuvent handicaper les soignants dans le cadre de la prise de décision éthique et éventuellement atteindre des éléments pour une résolution de ces difficultés. Il semble intéressant de concentrer dans un premier temps sur les contraintes institutionnelles qui ont été l'élément le plus mentionné par les participants lors de notre recherche en tant qu'obstacle et pourrait donc représenter la contrainte la plus importante dans la résolution des conflits décisionnels. Pour cela une méthode expérimentale semblerait adéquate afin d'étudier les différentes variables concernant les difficultés observables au sein des équipes pour la résolution des conflits décisionnels.

Pour cette dernière proposition d'étude, la question de recherche suivante semble appropriée :

L'environnement institutionnel peut-il avoir un impact pour la résolution des conflits décisionnels liés à un dilemme éthique entre l'équipe pluridisciplinaire et le patient ?

Bibliographie :

1. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
2. Code de la santé publique - Article R4127-47. Code de la santé publique.
3. VanderKaay S, Jung B, Letts L, Moll SE. Continuing competency in ethical decision making: An interpretive description of occupational therapists' perspectives. *Can J Occup Ther.* juin 2019;86(3):209-19.
4. Kyler-Hutchison P. Ethical Reasoning and Informed Consent in Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 1 mai 1988;42(5):283-7.
5. Freeman AR, McWilliam CL, MacKinnon JR, DeLuca S, Rappolt SG. Health professionals' enactment of their accountability obligations: Doing the best they can. *Social Science & Medicine.* 1 oct 2009;69(7):1063-71.
6. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ.* 16 juill 1994;309(6948):184-8.
7. HAS. Impliquer le patient dans sa prise en charge Améliorer l'accueil du patient. 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/programme_03_impliquer_ameliorer_accueil_patient.pdf
8. Osty F. Le désir de métier - Engagement, identité et reconnaissance au travail, Presse universitaire de Rennes, Collection « des Sociétés », (2008).
9. Dubar C. 16. Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel. Vol. 2e éd., *Traité de sociologie du travail.* De Boeck Supérieur; 1998. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-sociologie-du-travail--9782804127558-page-385.htm>
10. Janis IL, Mann L. *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment.* New York: Free Press; 1977.
11. Høerni B. Conflits d'intérêts et éthique médicale: Le médecin face aux conflits personnels et à l'éthique. *Oncologie.* déc 2010;12(11-12):666-70.

12. Carroll-Johnson RM, Paquette M, North American Nursing Diagnosis Association, NANDA Conference on the Classification of Nursing Diagnoses. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: Lippincott; 1994.
13. Le Coz P. Place de la réflexion philosophique dans la décision médicale. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 févr 2009;193(2):499-510.
14. Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris: Ellipses; 1996. (Sciences humaines en médecine).
15. Drolet M-J, Brousseau M, Picard H. De l'éthique à l'ergothérapie: la philosophie au service de la pratique ergothérapique. 2ème éd.-avec exercices et solutionnaire. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2014.
16. Eymard-Simonian C, Thuilier O. La recherche en sciences paramédicales: (se) former à et par la recherche de la conceptualisation à la communication de travaux de recherche dans le cadre d'un mémoire de fin d'études. Paris: Lamarre IS MEDIA; 2020.
17. WFOT. La Pratique de l'Ergothérapie Centrée sur le Client. 2010. Disponible sur: <https://www.wfot.org/checkout/1844/1785#:~:text=L'ergoth%C3%A9rapie%20est%20centr%C3%A9e%20sur,ils%20r%C3%A9alisent%20socialement%20et%20culturellement>.
18. Drolet M-J, Brousseau M, Picard H. De l'éthique à l'ergothérapie: la philosophie au service de la pratique ergothérapique. 2ème éd. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2014 : 401 p
19. Rogers CR, Richon H-G, Kirschenbaum H, Henderson VL, Randin J-M. L'approche centrée sur la personne. Genève: Éditions Ambre; 2013: 544 p.
20. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la santé et des sports. Diplôme d'état d'ergothérapeute, référentiel de compétences. 2010. Disponible sur : http://www.adere-paris.fr/PDF/annexe_II.pdf
21. Pan X, Slater M, Beacco A, Navarro X, Rivas AIB, Swapp D, et al. The Responses of Medical General Practitioners to Unreasonable Patient Demand for Antibiotics--A Study of Medical Ethics Using Immersive Virtual Reality. PLoS ONE. 1 janv 2016;11(2):e0146837

Annexes :*Annexe 1 : Tableau récapitulatif des résultats de l'équation de recherche dans les bases de données sélectionnées*

Total à partir des mots clés	Bases de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles/Ouvrages retenus actuellement
1 871 434	Cairn	15 249	103	6	0
	PubMed	570 255	∅	∅	2
	ScienceDirect	1 203 630	∅	∅	1
	Google Scholar	82 300	∅	0	1
Non compatible avec les mots-clés	LégiFrance	∅	∅	∅	2 articles du Code de la Santé Publique

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des articles retenus

Sources	Thème/Objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question/Dimension non abordée
Canadian Journal of Occupational Therapy (VanderKaay Sandra)	Compétences en prises de décisions éthiques en ergothérapie	Interview et analyse des réponses fournies	18 ergothérapeutes qui exercent au Canada	Approche qualitative	Ethique Médecine	Les ergothérapeutes décrivent ne pas avoir de connaissances suffisantes et/ou de manquer de support pour les prises de décisions éthiques dans leur pratique. Développer les connaissances et le support en prise de décision éthique permettrait donc une meilleure approche de la pratique.	Stratégies actuelles pour répondre aux décisions éthiques
Social Science and Medecine (Andrew R. Freeman)	Problèmes éthiques dans le cadre de la prise en soin de patients	Interview de thérapeutes	21 ergothérapeutes qui exercent aux USA	Approche qualitative	Ethique Médecine	Le contexte actuel du monde de la santé a des effets négatifs potentiels tant pour la qualité des services offerts aux patients que pour les professionnels. Les défis pour les professionnels peuvent principalement se traduire par des problèmes de ressources humaines	Stratégie à envisager pour pallier à ces difficultés
American Journal of Occupational Therapy (Penny Kyler-Hutchison)	Relation entre éthique et pratique clinique	Présentation de concepts avec appui de sources reconnues	∅	Description des différents courants de pensée éthique sur le temps et description de l'éthique en 1985 concernant le consentement du patient en médecine	Ethique Médecine	L'ergothérapeute a un rôle important dans la mise en place d'un environnement qui facilitera la prise de décision du patient concernant sa santé afin qu'il puisse prendre davantage conscience de sa situation	Non-respect des souhaits du patient par le médecin
British Medical Journal (Gillon Raanan)	Les 4 principes d'éthiques en médecine	Critique de concept en s'appuyant sur des sources reconnues	∅	Description et critique des principes éthiques actuels en médecine	Ethique Médecine	Les 4 principes en médecine sont des principes éthiques qui sont reconnus et qui représentent une approche éthique globale de l'intervention médicale, mais il n'existe à ce jour aucun moyen de régler un conflit entre 2 principes. Les concepts éthiques actuels ne sont donc pas sans failles et ne s'adaptent pas forcément aux situations cliniques	Comment les soignants s'adaptent-ils pour gérer les décisions éthiques qui rentrent en conflit avec les principes ?
Code de la Santé Publique (Article L.1111-4)	Droit de refus d'acceptation des soins du patient	Loi	∅	∅	Ethique Santé publique Médecine Droit	Le patient est en droit de refuser les soins proposés par le médecin. Le médecin doit présenter les intérêts des soins qu'il propose au patient mais il ne peut pas forcer le patient à suivre son projet.	Quels sont les droits du médecin en France concernant le refus des souhaits du patient par le médecin ?
Code de la Santé Publique (Article L.4127-47)	Droit du refus de soin du médecin tant que la vie du patient n'est pas en danger	Loi	∅	∅	Ethique Santé publique Médecine Droit	Le médecin est en droit de refuser de soigner un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles à condition qu'il ne fasse pas défaut à son devoir humaniste et qu'il n'abandonne pas un patient qui mourra s'il ne prodigue pas le soin en question	Quelles sont les limites éthiques sur le refus de la demande du patient si l'on souhaite le rendre acteur de sa prise en charge ?

Annexe 3 : Questionnaire de l'enquête exploratoire

Enquête exploratoire concernant l'éthique en ergothérapie

Positionnement de l'ergothérapeute en regard d'une décision éthique, concernant une demande venant d'un patient adulte (qui ne présente pas d'atteinte pouvant remettre en question ses capacités décisionnelles)

* Obligatoire

1. Exercez-vous le métier d'ergothérapeute ? *

- Oui
- Non

2. Combien d'année d'expérience avez-vous actuellement en tant qu'ergothérapeute ? *

- Moins de 3 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Plus de 5 ans

3. Dans quelle(s) catégorie(s) de structure(s) exercez-vous actuellement ? (Choix multiples possibles pour les interventions à temps partiel dans plusieurs structures) *

SSR

EHPAD

MAS

FAM

ESAT

Autre

4. Après de quelle(s) population(s) exercez vous en tant qu'ergothérapeute au sein de votre structure ? *

Atteintes Traumatologique

Atteintes Neurologique

Troubles de la santé mentale

Pédiatrie

Gériatrie

Autre

5. Avez-vous déjà ressenti des difficultés concernant les prises de décisions éthiques dans le cadre de votre pratique en ergothérapie ? *

Oui

Non

6. Pouvez-vous décrire le(s) type(s) de difficulté(s) que vous avez pu rencontrer ? (exemple : demande du patient d'une mise en place d'une aide technique qui aurait eu un impact négatif sur sa santé sur le long terme et qui apportait peu de bénéfices sur le moment)

Entrez votre réponse

7. Pourriez-vous décrire en quoi cette/ces difficulté(s) a/ont pu vous impacter votre intervention auprès du patient concerné ?

Entrez votre réponse

8. Pourriez-vous décrire comment vous avez vécu cette/ces difficulté(s) sur un plan professionnel et sur un plan personnel ?

Entrez votre réponse

9. Si vous n'avez pas perçu(e) ce genre de difficultés dans votre pratique personnelle, avez-vous pu les observer dans la pratique de vos collègues ? *

Oui

Non

10. Pouvez-vous me décrire brièvement la situation et me décrire ce que vous avez pensé des difficultés de votre collègue ?

Entrez votre réponse

11. Selon vous, est ce que les difficultés concernant les prises de décisions éthiques représentent un enjeu important dans l'intervention en ergothérapie ? (1 = Ne représente pas un enjeu ; 10 = Représente un enjeu majeur) *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Selon vous, quelle pourrait être une solution à envisager pour faciliter les prises de décisions éthiques dans le cadre de la pratique en ergothérapie ? *

Entrez votre réponse

Annexe 4 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

Variables étudiées	Indicateurs par variable	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
Pertinence de la population envers l'enquête	Est-ce que les sujets exercent le métier d'ergothérapeute ou non	Exercez-vous le métier d'ergothérapeute ?	Oui/Non	Eliminer les réponses venant de participants non concernés par l'enquête
Expérience de la population	Est-ce que le sujet à une expérience faible, modérée ou élevée dans sa pratique	Combien d'années d'expérience avez-vous en tant qu'ergothérapeute?	Moins de 3 ans Entre 3 et 5 ans Plus de 5 ans	Evaluer si l'expérience à une influence sur les problèmes de décisions éthique
Structure dans laquelle exerce la population	Les sujets exercent-ils dans des structures différentes	Dans quelle(s) catégorie(s) de structure(s) exercez-vous actuellement ?	Choix multiples / Autre	Estimer si l'observation réalisé concerne une population représentative des ergothérapeutes
Milieu auprès duquel la population intervient	Les sujets interviennent-ils auprès de populations différentes	Auprès de quelle(s) population(s) exercez vous en tant qu'ergothérapeute au sein de votre structure ?	Choix multiples / Autre	Estimer si l'observation réalisé concerne une population représentative des ergothérapeutes

Variables étudiées	Indicateurs par variable	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
Expérience du sujet concernant le thème recherché	Le sujet a-t-il rencontré les difficultés que nous recherchons personnellement	Avez-vous déjà ressenti des difficultés concernant les prises de décisions éthiques dans le cadre de votre pratique en ergothérapie qui étaient en lien avec les demandes du patient ?	Oui (amène à la question suivante) / Non (saute les 3 prochaines questions)	Estimer la partie de la population qui a rencontré le problème recherché dans le cadre de sa pratique
Type de difficulté rencontrée	Est-ce que les difficultés éthiques rencontrées varient entre les sujets	Pouvez-vous décrire le(s) type(s) de difficulté(s) que vous avez pu rencontrer ? (exemple : demande du patient d'une mise en place d'une aide technique qui aurait eu un impact négatif sur sa santé sur le long terme et qui apportait peu de bénéfices sur le moment)	Ouverte : Réponse Qualitative	Obtenir des informations sur les types de difficultés rencontrées
Impact des difficultés	Quel impact ont ces difficultés sur l'intervention auprès du patient	Pourriez-vous décrire en quoi cette/ces difficulté(s) a/ont pu impacter votre intervention auprès du patient concerné ?	Ouverte : Réponse Qualitative	Estimer l'impact des difficultés de prise de décisions éthique ont sur l'intervention en ergothérapie
Ressenti des difficultés du thérapeute	Les difficultés ont-elles également un impact sur le thérapeute	Pourriez-vous décrire comment vous avez vécu cette/ces difficulté(s) sur un plan professionnel et sur un plan personnel ?	Ouverte : Réponse Qualitative	Estimer l'impact des difficultés sur le thérapeute

Variables étudiées	Indicateurs par variable	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
Expérience du phénomène en tant qu'observateur	Si le sujet n'est pas concerné directement par le phénomène que nous cherchons à observer a-t-il pu l'observer au travers d'une personne tierce?	Si vous n'avez pas perçu(e) ce genre de difficultés dans votre pratique personnelle, avez-vous pu les observer dans la pratique de vos collègues ?	Oui/Non	Permettre à la personne d'apporter son expertise en tant qu'observateur sur les enjeux de l'enquête
	Quel est le regard qu'une personne tierce peut avoir sur ce genre de difficultés?	Pouvez-vous me décrire brièvement la situation et me décrire ce que vous avez pensé des difficultés de votre collègue ?	Ouverte : Réponse Qualitative	Obtenir des informations sur la vision que peut avoir une personne non concernée par le phénomène en tant qu'observateur
Résonnance du thème	Est-ce que le thème représente un enjeu selon la population	Selon vous, est ce que les difficultés concernant les prises de décisions éthiques représentent un enjeu important dans l'intervention en ergothérapie ? (1 = Ne représente pas un enjeu ; 10 = Représente un enjeu majeur)	Echelle Numérique allant de 1 (ne représente pas un enjeu) à 10 (représente un enjeu majeur)	Estimer si le thème est socialement vif selon les ergothérapeutes interrogés
Solutions possibles	Quelles pourraient être les solutions à envisager pour répondre au problème sur le long terme	Selon vous, quelle pourrait être une solution à envisager pour faciliter les prises de décisions éthique dans le cadre de la pratique en ergothérapie ?	Ouverte : Réponse Qualitative	Obtenir des informations sur les solutions envisagées par les ergothérapeutes pour répondre aux difficultés

Annexe 5 : Matrice conceptuelle

Concepts	Sous-concepts	Variables	Indicateurs
Ethique	Autonomie	Posture	Respecter la capacité décisionnelle de la personne
		Acceptation	L'acceptation des différences d'opinions que peut avoir la personne
			La perception que l'on peut avoir du refus
	Conflit	Les dilemmes décisionnels lorsque les avis divergent	
	Bienfaisance	Posture	Refuser une demande du patient « dans son intérêt »
			Accepter une demande parce qu'il s'agit de la volonté du patient
	Non-Malfaisance	Empathie	Eviter des souffrances à la personne en lien avec sa demande
		Empathie/Posture	Eviter le conflit décisionnel pour ne pas faire souffrir la personne qui peut être en déni de son état
Identité professionnelle	Définition	Identité professionnelle et rôle du soignant	
	Maintien de l'identité professionnelle	Maintien de la position du soignant et affirmation de l'expertise lors des conflits ou abandon de l'identité et de l'expertise en cédant à la demande	
Conflit décisionnel		Posture	Méthode appliquée pour la résolution du conflit

Nom : SAVRE

Prénom : Kélian

Le positionnement de l'ergothérapeute en regard d'une demande du patient qui pourrait nuire à sa santé.

Résumé

Il est possible que les demandes d'un patient aillent à l'encontre de sa santé, même s'il ne présente aucun trouble qui pourraient remettre en question leur autonomie décisionnelle. Dans une telle situation, il est difficile pour l'ergothérapeute ou les soignants de prendre une décision concernant cette demande. Cette étude, pour objectif d'explorer la perception que peuvent avoir les ergothérapeutes de ces conflits décisionnels. Des entretiens libres ont été réalisés, dans le cadre d'une méthode de recherche clinique, auprès d'une population constituée de 3 ergothérapeutes exerçant dans des champs pluridisciplinaires en France. Les résultats ont souligné que les ergothérapeutes perçoivent qu'il est nécessaire d'accepter la demande du patient et de l'accompagner en conséquence. L'ergothérapeute aurait également un rôle de médiateur entre l'équipe et le patient afin de résoudre ces conflits.

Mots-clés : Ethique ; Ergothérapie ; Positionnement ; Autonomie ; Conflit décisionnel ; Prise de décision

Abstract

It is possible that a client's request may go against their health interest, even though the client is not presenting any disorders that could make us question their decision-making autonomy. In such situation, it is complex for the occupational therapist or the caregivers to reach a decision in regard of this request. The purpose of this study is to explore the perception that occupational therapists may have of these decision-making conflicts. Free interviews were carried out, as part of a clinical research method, with a population of 3 occupational therapists practicing in multidisciplinary settings in France. The results highlighted that occupational therapist perceive the need to accept the patient's request and support them accordingly. The occupational therapist may also have a role of mediator between the team and the patient in order to resolve these conflicts.

Key words : Ethics; Occupational therapy; Approach; Autonomy; Decisional conflict; Decision-making

Directrice de Mémoire & Référente Professionnelle : Catheline Blanc et Stéphanie Colombero

Nombre de pages du Mémoire : 70 pages