



HAL
open science

Construction de la pratique professionnelle et de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en SSR : étude de l'influence de la communication professionnelle et des représentations

Ségolène Magnant

► To cite this version:

Ségolène Magnant. Construction de la pratique professionnelle et de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en SSR : étude de l'influence de la communication professionnelle et des représentations. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03694135

HAL Id: dumas-03694135

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03694135v1>

Submitted on 13 Jun 2022

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 - NoDerivatives 4.0 International License

Ségolène MAGNANT

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la
recherche

23 mai 2022

**Construction de la pratique et de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en
SSR : Étude sur l'influence de la communication professionnelle et des
représentations.**

Sous la direction de Sophie ALBUQUERQUE, directrice de mémoire et Elvire PASTOR,
référente professionnelle

Diplôme d'état d'Ergothérapeute

Remerciements

Je tiens tout d'abord à adresser mes remerciements à Sophie ALBUQUERQUE pour ses précieux conseils, sa disponibilité constante et son grand optimisme. Je vous souhaite succès dans vos projets.

Un grand merci à Elvire PASTOR, qui a pris le bateau en cours de route, mais qui s'est montrée entièrement disponible, très rassurante et de bon conseil, tout cela dans la bienveillance.

Bérénice, je tiens à te remercier tout particulièrement pour tes relectures, tes conseils et ton soutien.

Je tiens également à remercier les professionnels de santé qui m'ont accordé de leur temps pour répondre à mes questionnaires et mes entretiens. Votre expérience et réponses ont été d'une grande aide dans la réalisation de ce mémoire.

J'aimerais également adresser mes remerciements aux formateurs de l'IFE et aux tuteurs de stages pour votre investissement et votre passion de transmettre.

J'aimerais remercier tout particulièrement mes amis. Merci pour tous les souvenirs que j'adore, merci pour votre présence dans les bons moments et votre soutien dans les périodes difficiles. Mes trois années auraient été bien moins plaisantes sans vous. Anna, Sarah, Lou, Pauline, Coline, Arnaud, Marie, je vous souhaite tout le bonheur du monde.

Maman, Papa. Merci de tout mon cœur pour ses trois années. Merci pour votre soutien sans aucune faille et sous toutes ses formes possibles. Merci pour votre amour inconditionnel. Merci pour votre présence constante, même à distance et même lors des moments les plus difficiles. Je vous aime.

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Émergence du thème	1
1.1.1. Point de rupture	1
1.1.2. Problématisation et définition du thème	1
1.1.3. Résonance du thème	2
1.2. Exploration du thème.....	2
1.2.1. Explication terminologique	2
1.2.2. Des objectifs thérapeutiques similaires : comment faire la différence entre ergothérapie et masso-kinésithérapie ?.....	4
1.3. Stratégie de recherche documentaire.....	6
1.3.1. Champs disciplinaire et bases de données	6
1.3.2. Equation de recherche	6
1.3.3. Résultats des bases de données.....	7
1.4. Revue de littérature.....	7
1.4.1. Analyse des référentiels de compétences	7
1.4.2. Analyse des articles issus des revues scientifiques	13
1.5. Problématisation	15
1.6. Enquête exploratoire.....	15
1.6.1. Les objectifs.....	15
1.6.2. Population ciblée et site d'exploration	15
1.6.3. Choix de l'outil de recueil de données	16
1.6.4. Biais et stratégies d'atténuations	16
1.6.5. Construction de l'outil de recueil de données	16
1.6.6. Déroulé de l'enquête.....	16
1.6.7. Test de l'outil de recueil de données	17
1.6.8. Traitement des données	17
1.6.9. Analyse des résultats	17
1.6.10. Synthèse de l'enquête exploratoire.....	19
1.6.11. Problématisation	20
1.7. Cadre conceptuel	21

1.7.1. L'identité professionnelle	21
1.7.2. Les modalités du travail d'équipe.....	25
1.7.3. La communication professionnelle.....	27
1.8. Problématisation et définition d'un objet d'étude	28
2. Matériel et méthode	30
2.1. Objectifs de la recherche	30
2.2. Choix de la méthode de recherche.....	30
2.3. Population ciblée pour la recherche.....	30
2.4. Choix et construction des outils théorisés de recueil de données.....	31
2.4.1. Outil qualitatif	31
2.4.2. Outil quantitatif	33
2.5. Déroulement de la recherche	35
2.5.1. Tests du dispositif de recherche.....	35
2.5.1. Passation des entretiens et diffusion du questionnaire	35
2.6. Choix des outils de traitements des données	36
3. Résultats	37
3.1. Résultats de l'enquête qualitative	37
3.1.1. Présentation des participants et de l'établissement.....	38
3.1.2. Analyse verticale	38
3.2. Résultats de l'enquête quantitative	43
3.2.1. Présentation de la population.....	44
3.2.2. Représentations et communication professionnelle	44
3.2.3. Comparaison de l'influence des différentes variables sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute	49
3.2.4. Comparaison de l'influence des différentes variables sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute	51
3.2.5. Comparaison entre les influences sur la pratique professionnelle et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.....	53
4. Discussion.....	55
4.1. Eléments de réponse à la question de recherche.....	55
4.1.1. Représentations des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute en SSR.....	56
4.1.2. Influences sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute	57
4.2. Interprétation des résultats.....	57

4.1.1. La pratique professionnelle de l'ergothérapeute en SSR	58
4.1.2. L'environnement social de l'ergothérapeute en SSR.	59
4.1.3. L'ergothérapeute en SSR.....	60
4.3. Critique du dispositif de recherche	60
4.3.1. Critique de l'outil qualitatif	61
4.3.2. Critique de l'outil quantitatif	61
4.3.4. Perspective de recherche à partir des résultats	61
4.3.5. Apports et intérêts pour la pratique des résultats.....	63
5. Conclusion	63
Bibliographie	64
Annexes	68
Annexe 1 : L'évolution du métier d'ergothérapeute éclairé par les politiques de santé actuelles	68
Annexe 2 : Référenciel de compétences relatives au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute	71
Annexe 3 : Référenciel de compétences relatives au Diplôme d'Etat de Masseur- Kinésithérapeute	75
Annexe 4 : Questionnaire de l'enquête exploratoire	82
Annexe 5 : Résultats de l'enquête exploratoire	92
Annexe 6 : Les valeurs de l'ergothérapeute et leurs définitions.....	112
Annexe 7 : Matrice de l'outil qualitatif	115
Annexe 8 : Matrice de l'étude quantitative	117
Annexe 9 : Tableau de résultats de l'étude quantitative	121
Annexe 10 : Formulaire de consentement à la recherche	133
Annexe 11 : Tableau d'analyse des entretiens	135
Annexe 12 : Détails des résultats de l'enquête quantitative	150
Annexe 13 : Schéma détaillé de la construction de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute	171
.....	171

1. Introduction

1.1 Émergence du thème

1.1.1. Point de rupture

Lors de ma deuxième année d'ergothérapie, j'ai effectué un stage dans un hôpital en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) spécialisé en gériatrie. J'avais une idée bien précise de ce qu'était pour moi l'ergothérapie mais j'ai vécu une grande remise en question, allant même jusqu'à douter de mon choix d'études supérieures.

Ma tutrice de stage travaillait à mi-temps. Durant ses temps d'absence, j'ai pu observer les prises en soins des autres professionnels : psychomotricienne, masseurs-kinésithérapeutes, psychologue, assistante sociale et infirmières. Puis, je suis essentiellement restée avec les masseurs-kinésithérapeutes. D'abord, j'expliquais cela par la similarité des professions. En apprenant davantage sur le métier de masseur-kinésithérapeute, je me suis questionnée sur les manières de rééduquer, retrouvant de nombreuses pratiques que je croyais propre à l'ergothérapie. Je me suis alors mise à préférer participer aux séances avec les masseurs-kinésithérapeutes. Presque tout ce que je pensais être propre à l'ergothérapie était réalisé par les masseurs-kinésithérapeutes ... J'ai eu beaucoup de mal à percevoir le rôle et l'intérêt de l'ergothérapie. J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir réaliser ce que j'espérais. Je craignais d'empiéter sur les actes des masseurs-kinésithérapeutes. Je n'arrivais plus à faire du lien entre la théorie qui me plaisait et la pratique pour laquelle je ne trouvais plus de sens. Au contraire, je voyais du sens dans les actes des masseur-kinésithérapeutes. Je trouvais des objectifs à leurs actions et à leurs méthodes.

Me suis-je trompée dans mon choix d'études ? Ai-je réellement compris quelque chose pendant ma première année d'ergothérapie ? Comment expliquer ces sentiments ?

1.1.2. Problématisation et définition du thème

Face à tant de frustrations, plusieurs questionnements ont émergé :

- Comment l'ergothérapeute fait-il pour trouver sa place lorsque les masseurs-kinésithérapeute réalisent tout ce que je pensais être réservé à l'ergothérapeute ?
- Quels sont les actes réservés à l'ergothérapeute et ceux réservés au masseur-kinésithérapeute ?
- Comment les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes se partagent-ils les tâches qu'ils ont en commun ?

Tous ces questionnements méritent réflexion. Cependant, il ne s'agit pas de se concentrer sur ma propre expérience pour entreprendre une telle réflexion. D'abord, et pour envisager une telle quête de sens, il s'agira de prendre du recul. Une première problématique professionnelle est alors mise en lumière :

En service de réadaptation, quel est le rôle propre de l'ergothérapeute face aux complémentarités de pratique avec le masseur-kinésithérapeute ?

1.1.3. Résonance du thème

Tous ces questionnements sont fondamentaux dans notre pratique. Il est crucial de trouver un sens à nos actions et notre place dans une équipe de rééducation.

1.2. Exploration du thème

Le questionnement évoqué précédemment conduit à la thématique du rôle propre de l'ergothérapeute et du masseur-kinésithérapeute. Les mots clés rattachés à cette thématique ont une résonance dans plusieurs champs disciplinaires. Ces derniers sont explorés pour réaliser une explication terminologique. Les mots clés sont : réadaptation, rééducation, ergothérapeute, masseurs-kinésithérapeutes.

1.2.1. Explication terminologique

Afin de préciser et d'en savoir plus sur le thème défini, il s'agit désormais de rechercher, synthétiser et transmettre les définitions des mots clés conservés pour cette étude.

➤ **Rééducation**

La rééducation désigne l'action de rééduquer.

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit la rééducation comme : « L'action de rétablir l'usage normal d'une fonction, d'un membre ou d'un organe

après une blessure ou une affection, ou chez un sujet qui souffre d'une déficience ou d'une infirmité » (1). Il s'agit de « l'ensemble des méthodes de développement et de récupération du système locomoteur, visant à pallier une déficience motrice ou fonctionnelle » (1).

La rééducation est donc définie comme l'ensemble des moyens qui permettent l'acquisition ou la ré-acquisition d'éléments et de fonctions perdues ou déficitaires. Il s'agit de s'adapter à une nouvelle situation et d'apprendre à faire, à agir, d'une autre manière.

➤ Réadaptation

La médecine physique et de réadaptation est un pôle de professions qui fournit des soins aux personnes en situation de handicap ou invalidité physique dans le but de minimiser l'impact physique, psychologique et socio-économique sur la vie du patient (2). Il nécessite une équipe pluridisciplinaire coordonnée par les médecins MPR. Celle-ci comprend, en fonction de chaque service, des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthopédistes, des orthophonistes, des infirmiers, des aides-soignants, des psychologues et/ou des assistants sociaux (2).

La réadaptation désigne un parcours d'accompagnement médical, paramédical, psychologique et social (3). Celui-ci est mis en place afin de permettre à un individu en situation de handicap physique ou psychique ou un individu susceptible de développer une situation de handicap de vivre et de réaliser ses activités quotidiennes de la manière la plus autonome possible (3). La réadaptation est un processus complet et relativement lent qui a besoin d'une organisation pluridisciplinaire pour combler les besoins médicaux, paramédicaux, sociaux, psychologiques et rééducatifs.

➤ Ergothérapie et ergothérapeutes

L'ergothérapie provient du grec ancien ἔργον, *érgon* (« travail ») et θεραπεία, *therapeía* (« soin, service, traitement ») (4). Le travail est lui-même communément défini comme une « activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose » (5). L'activité est donc au cœur de la pratique de l'ergothérapeute.

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), les ergothérapeutes sont des professionnels de santé dont la pratique est fondée sur le lien entre l'activité humaine et la santé (6). Ils agissent, sur prescription médicale, pour permettre aux personnes en situation de handicap de réaliser leurs activités de vie quotidienne. Le but de l'ergothérapie est de maintenir, restaurer et promouvoir les activités humaines d'une manière sûre, autonome et efficace, cela

en empêchant, en réduisant et compensant les situations de handicap des patient (6). Il prévient, réduit ou élimine les obstacles en tenant compte de l'environnement de la personne. De plus, l'ergothérapeute identifie et utilise à son avantage les facteurs facilitants pour une personne (6). L'ergothérapie se base sur les mode de vie et l'environnement de chacun. Elle est un intermédiaire entre les besoins d'adaptation de l'environnement et les besoins des personnes dans leur vie quotidienne. L'ergothérapeute coopère avec la personne et son entourage ainsi qu'avec les équipes médicales et paramédicales (7).

➤ *Masso-kinésithérapie et masseurs-kinésithérapeutes*

La kinésithérapie provient du grec κίνησις, *kinés* (« mouvement ») et θεραπεία, *therapeía* (« soins, service, traitement ») (8). Étymologiquement, la kinésithérapie est une thérapie par l'exercice et le mouvement. Celle-ci s'intéresse au but et à la réalisation de l'action.

Selon son décret en vigueur, le but de la kinésithérapie est de « prévenir les capacités fonctionnelles altérées, aider à la maintenir, les restaurer ou les reconstituer » (9). Il est indiqué qu'il a des compétences variées, mais « hors ergothérapeutiques » (9). Le but de la kinésithérapie est la rééducation dans le but de réaliser les activités quotidiennes (10). D'après la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR), la pratique de la masso-kinésithérapie est fondée sur plusieurs principes : de la promotion de la santé, à la prévention, la mise en place du diagnostic kinésithérapique jusqu'au traitement des troubles du mouvement, de la motricité et des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles (11). Le masseur-kinésithérapeute met en place des savoir-faire d'éducation et de rééducation qu'il estime adaptés à la situation et à son patient. Pour atteindre ces objectifs, les kinésithérapeutes peuvent utiliser toute une variété de méthodes. Le masseur-kinésithérapeute peut effectuer de façon « manuelle ou instrumentale » en utilisant le massage et la gymnastique médicale (10).

1.2.2. Des objectifs thérapeutiques similaires : comment faire la différence entre ergothérapie et masso-kinésithérapie ?

L'étroite frontière entre les domaines de compétences des ergothérapeutes et des masseurs-kinésithérapeutes interpelle. En effet, plusieurs de leurs savoirs et de leurs savoir-faires se chevauchent ou sont parfois les mêmes. Si les deux professions possèdent des définitions qui se ressemblent autant, qu'est-ce qui les différencie ? En effet, la finalité recherchée par les deux professionnels est la même : retrouver une autonomie et une indépendance en toute sécurité,

supprimer les douleurs et réaliser les activités quotidiennes de manière satisfaisante. Pour cette raison, ils s'intéressent aux conséquences de la pathologie, et non à la pathologie en elle-même : ils voient le patient dans sa globalité. Sur le plan pratique, nous avons également observé des similitudes dans leurs actions : évaluer l'état du patient, fixer des objectifs et mettre en œuvre des actions. Enfin, des points communs ont également été relevés dans la formation initiale pour laquelle il existe des similitudes (anatomie, physiologie, biomécanique, pathologies, technologie, conception d'orthèses, etc.) (10).

Face à ces similitudes, est-il possible d'éclairer leurs différences et les expliquer ?

Les techniques pour arriver jusqu'aux objectifs thérapeutiques et rééducatifs sont cependant décrites de façon différente. La loi concernant les compétences de l'ergothérapeute stipule plusieurs techniques ergothérapeutiques telles que « l'organisation d'activités d'artisanat, de jeux, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail » (12). Ces techniques seraient donc les « techniques ergothérapeutiques » non utilisées par les masseur-kinésithérapeutes (9). L'ergothérapeute agirait donc pour rééduquer en utilisant les activités écologiques, ludiques ou artisanales. Quant au kinésithérapeute, sa pratique serait basée sur les mouvements et la gestuelle en amont des activités. Il existe suffisamment de nuances entre les deux professions pour limiter le conflit d'intérêt entourant la réadaptation. Ainsi, l'analyse précédente du décret semble indiquer que l'objectif d'autonomie gestuelle du kinésithérapeute répondra davantage à des déficiences structurelles et fonctionnelles. L'ergothérapeute ciblera directement les activités, qui sont le cœur de sa pratique (10). Par conséquent, l'ergothérapie et la kinésithérapie ne sont pas menées en même temps, mais se complètent et cela dans l'intérêt des patients.

Il semblerait qu'ils se répartissent de façon implicite les domaines d'activité, développant leurs compétences spécifiques et mettant en place un cloisonnement des prises en charge (13). D'un centre de réadaptation à l'autre, les pratiques sont partagées différemment. Souvent, l'ergothérapeute est assigné à la rééducation des membres supérieurs alors que le masseur-kinésithérapeute s'occupe de la rééducation du membre inférieur et des fonctions de l'appareil locomoteur (13).

Afin de comprendre en profondeur les similitudes et les complémentarités entre la pratique de l'ergothérapeute et du masseur-kinésithérapeute, il s'agit de s'intéresser à la littérature.

Qu'explique-t-elle ? Quels sont les actes réservés à l'ergothérapeute ? Et ceux réservés au masseur-kinésithérapeute ?

Une revue de littérature est alors réalisée.

1.3. Stratégie de recherche documentaire

Dorénavant, il est question de réaliser une revue de littérature. Cette recherche documentaire permet de rassembler les savoirs connus sur le thème défini.

1.3.1. Champs disciplinaire et bases de données

Les champs disciplinaires et bases de données sont liées au thème : « *En service de réadaptation, quel est le rôle propre de l'ergothérapeute face aux complémentarités de pratique avec le masseur-kinésithérapeute ?* »

Celles-ci apparaissent dans le tableau suivant :

Champs disciplinaires	Bases de données sélectionnées
Santé et médecine	Science Direct, PubMed
Science de la réadaptation	Science Direct, KINEDOC, PubMed, Cairn, Summon
Science de l'occupation	AJOT ¹ , Journal of occupational science
Sociologie	Cairn, Summon

1.3.2. Equation de recherche

Une équation de recherche a été mise en place afin de faciliter la recherche documentaire.

Celle-ci a été déterminée en fonction des mots clés du thème : « ergothérapeute », « masseur-kinésithérapeute », « réadaptation », « rôle », « pratiques professionnelle » et « compétences ».

Ainsi, l'équation de recherche retenue est :

**Ergothérapie OU Kinésithérapie ET réadaptation ET rôle OU pratiques professionnelle
OU compétences**

Occupational OR physio AND therap* AND rehab* AND role OR professional practice OR skills*

¹ The American journal of occupational therapy

1.3.3. Résultats des bases de données

<i>TOTAL à partir des mots clés</i>	<i>Base de données</i>	<i>Sélection selon le texte</i>	<i>Sélection selon le résumé</i>	<i>Sélection selon le titre</i>	<i>Articles retenus</i>
3278	ScienceDirect	453	219	12	2
	PubMed	215	153	9	2
	KINEDOC	563	176	7	3
	Cairn	648	213	39	0
	Summon	1059	508	104	0
	AJOT	340	123	18	0

La revue de littérature comprend 7 articles. Ces derniers nous informent, sur les pratiques professionnelles des ergothérapeutes et des masseurs-kinésithérapeutes. Afin d'en savoir plus sur les compétences précises des deux professionnels, les deux référentiels de compétences ont été ajoutés à la revue de littérature.

1.4. Revue de littérature

1.4.1. Analyse des référentiels de compétences

En 2010 et en 2015, un nouvel élan est donné aux professions d'ergothérapeute et de masseur-kinésithérapeute en créant deux nouveaux arrêtés et définitions des métiers. Il existe alors un référentiel de compétences, d'activités, des critères de compétences et un référentiel de formation sont créés pour les deux professions de santé (14,15). Les référentiels de compétence de relatifs aux diplômes d'états d'ergothérapeute et de masseur-kinésithérapeute sont disponibles en Annexe 2 et 3. L'ergothérapeute dénombre 10 compétences et le kinésithérapeute en compte une de plus. A lecture des titres, les compétences des deux professionnels de santé paraissent très similaires. Pour en savoir plus sur les domaines de pratique des deux professionnels, il convient alors de s'intéresser aux sous-compétences.

La première compétence porte sur l'évaluation de la situation et l'élaboration d'un diagnostic ergothérapeutique ou kinésithérapeutique. Dans un premier temps, il s'agira de repérer, d'analyser les attentes du patient. Le référentiel kinésithérapeutique précise les « plaintes » du patient, prenant alors en compte les ressentis internes du patient (14). L'ergothérapeute quant à lui s'intéresse à la « situation ou au risque de handicap d'une personne » (15). Les deux professionnels doivent

alors concevoir et mettre en place un entretien pour récolter les informations propres à leurs diagnostics respectifs. Le kinésithérapeute s'intéresse à la réalisation de bilans, qui sont obligatoires pour toute prise en soin en kinésithérapie (14). Ces derniers sont construits à base d'observations, de palpations, de mesures biométriques et physiologiques (14). L'entretien en ergothérapie, quant à lui, se base sur l'application des connaissances biomédicales. Dans ce dernier, il y a l'analyse des activités humaines en se basant sur les « théories de l'activité et de la participation » (15). L'ergothérapeute identifie les situations et les comportements à risques, ainsi que les éléments facilitants ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie de la personne (15). Le diagnostic kinésithérapique semble se baser sur le dysfonctionnement physique, son évolution et sa sévérité alors que l'ergothérapeute semble plutôt s'appuyer sur la personne dans sa généralité, en prenant en compte son environnement ainsi que les composantes globales de la personne.

La compétence suivante s'intéresse à la conception et à la conduite d'un projet thérapeutique en ergothérapie et en kinésithérapie (14,15). Dans le titre même de la compétence, l'ergothérapeute se démarque en précisant son champ de compétence concernant l'aménagement de l'environnement (15). Les deux professionnels de santé sont alors chargés de concevoir, en collaboration avec le patient, des objectifs thérapeutiques à court, moyen et long terme (14,15). Toutefois, les objectifs ne s'appuient pas sur les mêmes composantes de la personne. Le kinésithérapeute utilise les résultats de ses bilans ainsi que les demandes et besoins du patient (14). Les objectifs de l'ergothérapeute reposent sur les composantes du patient dans sa globalité, prenant en compte son projet de vie, son environnement, le contexte actuel, ainsi que les besoins en santé mais aussi en activité du patient (15). Le projet thérapeutique est similaire pour les deux professionnels. Ils sont chargés d'identifier les besoins en termes d'adaptation et d'aménagement pour améliorer la sécurité, la qualité de vie et l'autonomie du patient (14,15). L'ergothérapeute précise prendre en compte la notion « d'activité significative » dans son projet thérapeutique, il s'agit alors d'analyser et de faire une synthèse de l'activité, « travail, loisirs et implication sociale », dans le but de réaliser des mises en situation écologiques (15). Par ailleurs, l'ergothérapeute est également chargé d'évaluer les besoins en termes d'aides animalières ou humaines (15).

Le kinésithérapeute et l'ergothérapeute doivent prendre en charge le suivi dans l'évolution du patient et de son environnement tout au long de la thérapie (14,15).

La troisième compétence de l'ergothérapeute et la quatrième du kinésithérapeute s'intéressent à la conception et la mise en œuvre de la thérapie (14,15). Les conditions de conception de la thérapie en ergothérapie et en kinésithérapie sont plus ou moins similaires, les deux professionnels prennent en compte l'installation du patient dans les locaux et les conditions d'accueil du patient, l'utilisation « d'équipements » pour le kinésithérapeute et « d'aides techniques » pour l'ergothérapeute sont utilisées pour accompagner la séance si le patient en montre le besoin (14,15). La mise en œuvre des séances est présentée différemment suivant chaque profession. Le kinésithérapeute réalise des gestes, utilise des techniques et méthodes kinésithérapiques. Il réalise une adaptation des protocoles et de la durée en fonction de la clinique et des réactions du patient. Il peut mettre en place des conduites ou des compensations « dans le champ de la kinésithérapie » permettant au patient de dépasser sa situation de handicap (14). Il est aussi habilité à réaliser des séances de groupe. Nous n'en savons pas plus sur les gestes et les techniques « kinésithérapiques », de ce fait, le référentiel d'activités en kinésithérapie a été exploré pour en savoir davantage, sans succès. Le champ de compétence de l'ergothérapeute est, quant à lui, décrit précisément avec la compétence 3.6 du référentiel (15). L'ergothérapeute est alors chargé de réaliser des techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel, des techniques de récupérations proprioceptives, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuromotrice, il utilise aussi des techniques cognitivo-comportementales et de stimulations cognitives. De plus, il peut aussi mettre en œuvre des techniques de guidance, d'accompagnement, de compensation et de remédiation (15). D'autre part, l'ergothérapeute est aussi habilité à identifier les facteurs facilitant ou faisant obstacle à l'engagement de la personne dans la thérapie et dans les activités puis de mettre en place des stratégies favorisant celui-ci. Il s'agit également d'accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie via des mises en situation écologiques (15). Comme le kinésithérapeute, l'ergothérapeute peut conduire une séance de groupe, il est précisé, pour ce dernier, l'importance de l'analyse de la dynamique relationnelle se jouant dans les séances de groupe, cela dans le système familial, professionnel, éducatif et/ou social (15). L'ergothérapeute facilite et recueille l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de la mise en situation d'activités (15).

Là où le kinésithérapeute possède une sous-compétence et quelques phrases dans le référentiel d'activité concernant la prescription d'aides techniques, l'ergothérapeute lui, possède une compétence entière basée sur ces dernières (14,15). Le kinésithérapeute, est lui, chargé de

prescrire des aides techniques adaptées à la pathologie, cela en prenant en compte les réglementations et les recommandations (14). De plus, il est habilité à la réalisation et à la pose de contentions souples, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de posture. En conséquence, il doit assurer la formation du patient et/ou de son entourage aux gestes techniques et à l'utilisation des aides techniques prescrites (14). La compétence 4 du référentiel d'activité de l'ergothérapeute est plus complète concernant les aides techniques. Celle-ci prends en comptes plusieurs choses : la conception et la réalisation d'orthèses provisoires, extemporanées à visées multiples ainsi que l'adaptation et la préconisation d'orthèses de séries, d'aides techniques, animalières, humaines et des assistances technologiques (15). En conséquence, il est précisé également l'aménagement de l'environnement en vue d'un retour ou d'un maintien aux activités inhérentes à la personne (15). Par suite, l'ergothérapeute est chargé d'expliquer à la personne et à son entourage les buts, la réalisation, la surveillance, la maintenance, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage, de l'aide technique ou de l'assistance technologique (15). En fin de compétence, il est précisé que l'ergothérapeute doit s'appuyer sur le recueil d'informations, de l'entretien, des évaluations préalables, du projet de la personne ainsi que de l'avis de l'équipe médicale (15).

Les compétences 3 et 5, appartenant respectivement au kinésithérapeute et à l'ergothérapeute traitent de la prévention de la santé. Ici, ils partagent chacun plusieurs champs de compétence. D'une part, il s'agit pour eux d'identifier les besoins en apprentissage des patients (14,15). Pour le kinésithérapeute, il est précisé la réalisation d'un diagnostic dit « éducatif ». Par ailleurs, ce derniers prend en compte l'avis du patient en mettant en place des objectifs dans lesquels le patient occupe une place de « coauteur et de codécideur » (15). A ce stade, les deux professionnels sont habilités à réaliser des actions de conseil, d'éducation, de prévention et d'éducation thérapeutique de façon individuelle ou groupale (14,15). L'ergothérapeute réalise un accompagnement personnalisé dans un processus d'apprentissage via des conseils sur les troubles fonctionnels ou cognitifs, l'éducation gestuelle, les gestes et postures adaptées ainsi que la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines (15). Pour le kinésithérapeute, il est précisé la réalisation de dépistages (14). Enfin, les deux professionnels de santé se doivent d'adapter la démarche éducative en évaluant ses effets au préalable. Enfin, ils peuvent aussi se charger de conduire cette même démarche d'éducation et de conseil auprès des aidants ou des familles (14,15).

L'ergothérapeute et le kinésithérapeute possèdent tous les deux des compétences inhérentes à la relation thérapeutique et à la communication. Tous les deux sont formés pour accueillir et écouter la personne et son entourage ainsi qu'identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension inhérents aux altérations de langage cognitif ou aux composantes physiques et/ou psychologiques de la personne (14,15). Chez l'ergothérapeute, on parle de recherche « d'adhésion » de la personne et chez le kinésithérapeute, il est employé « relation de partenariat » (14,15). Pour les deux, il s'agit de rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes dans le but de mettre en place une alliance thérapeutique durable le long de la thérapie (14,15). Le kinésithérapeute possède d'avantages de compétences concernant le relationnel. En effet, nous pouvons noter qu'il est pris en compte l'explication au patient du déroulement de la prise en charge en masso-kinésithérapie et de s'assurer de la compréhension par le patient et son entourage (14). De plus, il est spécifié qu'il est chargé d'expliquer les effets attendus de la thérapie et prévenant des risques et des limites de l'intervention, cela en prenant en compte la pathologie de la personne, son niveau de connaissance sur le sujet, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes personnelles et pronostiques et son état psychologique (14).

Les compétences 7 du kinésithérapeute et de l'ergothérapeute sont très similaires. Celles-ci concernent l'évaluation et la mise en évolution de sa pratique professionnelle. L'ergothérapeute et le kinésithérapeute se doivent, le long de leur carrière professionnelle, d'analyser leur pratique professionnelle au regard des valeurs professionnelles, de l'actualisation des connaissances, de la déontologie, de l'éthique, des priorités de santé publique ainsi que de l'évolution des politiques de santé, de la société, des modèles de pratique et de la culture des personnes concernées (14,15). Cela est réalisable en recherchant des moyens de formation professionnelle et d'actualisation des connaissances, il s'agit de suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle (14,15). Puis, il s'agira d'adapter leur propre pratique professionnelle et de réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse et de l'évaluation réalisée au préalable (14,15).

Les compétences 10 et 9 relatives respectivement au champs de compétence du kinésithérapeute et de l'ergothérapeute sont également très similaires. Ici, il s'agit de l'organisation d'activité et de la coopération avec les différents acteurs. L'ergothérapeute et le kinésithérapeute coopèrent

au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et avec différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale (14,15). Ils coordonnent leurs actions et soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique, sportif, éducatif pour élaborer en commun ou conduire des projets d'intervention pluriprofessionnels pertinents (14,15). Pour le kinésithérapeute, il est précisé son rôle dans l'organisation et la planification de ses interventions en tenant en compte des limites de son propre champ professionnel et de ses responsabilités, ainsi que des interventions conduites en simultané par d'autres professionnels auprès de la personne ou du groupe concerné (14). Tandis que, pour l'ergothérapeute, on note l'évaluation de la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité ainsi que l'identification des mesures à prendre (15).

Le kinésithérapeute possède une compétence que l'ergothérapeute n'a pas. Il s'agit de sa compétence n°9, concernant la gestion et l'organisation d'une structures individuelle ou collective (14). Il s'agit pour lui d'élaborer un projet de création et de fonctionnement d'une structure ou d'un cabinet, cela en veillant à la conformité avec la réglementation. Il met en place une organisation adaptée du point de vue logistique, équipement, personnel et de fonctionnement correspondant à l'offre de soin (14). De plus, il prévoit un budget prévisionnel, réalise le suivi et la gestion d'un budget, il est habilité à établir, suivre et archiver les éléments de gestion administrative et comptable d'un cabinet. Enfin, il est amené à choisir le matériel adapté à la structure et aux activités de masso-kinésithérapie en rapport avec l'offre de soin et l'organisation des achats, de la maintenance, de la traçabilité et de la gestion des stocks des matériels et consommables utilisés (14). Il gère également l'organisation des plannings, des rendez-vous et de la répartition des activités grâce à des logiciels spécifiques (14).

Enfin, les deux dernières compétence des deux professionnels se ressemblent beaucoup.

L'une concerne la recherche, le traitement et l'analyse des données professionnelles et scientifiques (14,15). Durant leur formation, les deux professionnels de rééducation apprennent à conduire une action de recherche documentaire de manière individuelle ou en groupe dans le but d'élaborer une communication orale et écrite (14,15).

L'autre concerne la formation et l'information. Il s'agit ici, d'être capable d'organiser l'accueil, la remise d'informations, la transmission de ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels. De plus, il est souligné la communication sur sa propre profession en vue de valoriser son activité (14,15).

Sur le terrain, les compétences des ergothérapeutes ne cessent d'évoluer. Les nouvelles politiques de santé ouvrent le débat sur une évolution écrite du métier d'ergothérapeute, lui ouvrant, par exemple, le droit à la prescription d'aides techniques pour 2022 (16,17). Un texte détaillant l'évolution du métier d'ergothérapeute par rapport aux politiques de santé actuelles est disponible en Annexe 1.

1.4.2. Analyse des articles issus des revues scientifiques

En pratique, les ergothérapeutes et les masseur-kinésithérapeute réalisent généralement et avant toute chose des évaluations et des bilans. Par la suite, ils formulent un diagnostic ergothérapique ou kinésithérapique, énumérant les bilans et les évaluations réalisées, les obstacles et éléments facilitateurs de la prise en soins puis formulent des objectifs thérapeutiques. Par la suite, la prise en charge en ergothérapie et en kinésithérapie se base sur les connaissances en rééducation et réadaptation des deux professionnels.

Il s'agira, dans chacune des parties de la prise en soins, de détailler en pratique les actions et activités des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes travaillant en service de réadaptation.

➤ Les méthodes et outils d'évaluations

Les ergothérapeutes et les masseur-kinésithérapeutes ont beaucoup d'évaluations en commun. Ils sont tous les deux aptes à réaliser des évaluations cutanées, des bilans articulaires, des bilans de préhension, des bilans fonctionnels et des bilans d'autonomie (7,18–21)

Les ergothérapeutes se démarquent en réalisant des bilans cognitifs (22).

➤ La prise en soins des patients

En ergothérapie, la prise en soins est basée sur des activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute travaille en situation écologique. Par exemple, il peut intervenir lors des soins personnels tels que l'alimentation, l'habillage ou la toilette. Il réalise des activités de rééducation dans le but d'utiliser les membres supérieurs lors de ses activités. Lors des activités

en atelier, « il suit les mêmes principes qu'en kinésithérapie » (20). Son objectif est de conserver ou améliorer les amplitudes articulaires, la force et la trophicité musculaire et les préhensions. Pour cela, il utilise plusieurs moyens thérapeutiques tels que les activités ludiques ou artisanales (tissage, cadre vertical, tamponnage sur tissus, jeux adaptés, poterie, vannerie, menuiserie ...). Concernant la rééducation fonctionnelle, le kinésithérapeute propose des mouvements transitoires, des exercices thérapeutiques et physiques tels que le stretching, la musculation, le massage thérapeutique (19). Bien que l'ergothérapeute soit apte à le faire, le masseur-kinésithérapeute est généralement le professionnels qui s'occupe de travailler la marche, la station debout, les escaliers, la balnéothérapie (19). Le masseur-kinésithérapeute est également apte à utiliser, dans un but thérapeutique, les stimulations électriques, le thermographe, et les vibrations (19). L'ergothérapeute et le kinésithérapeute sont tous les deux aptes à réaliser des séances d'entretiens des amplitudes articulaires, des exercices de gain de force musculaire, la prévention de l'enraidissement et des déformations non fixées. Ils sont tous les deux habilités à réaliser des mobilisations actives et passives. Comme il s'agit de compétences partagées, généralement, l'ergothérapeute s'occupe de faire travailler le membre supérieur et le kinésithérapeute se base sur le membre inférieur. De plus l'ergothérapeute est habilité à réaliser des activités de rééducation visant le versant cognitif du patient via des activités ludiques, travaillant par exemple la mémoire ou la logique.

En cas de retour à domicile, l'ergothérapeute est le professionnel de santé qui est sollicité pour réaliser les visites à domicile. En effet, il est perçu comme étant le spécialiste de l'adaptation du logement. Il est aussi apte à donner toutes sortes de conseils concernant les aides techniques ou les attelles, il est le professionnel de santé qui est généralement sollicité lors de la conception d'une orthèse (20). Le kinésithérapeute, quant à lui, est apte à prescrire, réaliser et délivrer les orthèses (21). Le cahier des charges, le choix et l'installation dans le fauteuil roulant est généralement réalisé par l'ergothérapeute. Le kinésithérapeute est également habilité à réaliser des séances pour la gestion et l'utilisation du fauteuil roulant ou d'autres équipements. La réalisation des transferts et les premières verticalisations sont des activités qui sont réalisées par les deux professionnels de santé.

Il peut également occuper une place en promotion de la santé : il réalise de la prévention, des conseils pour les patient et les aidants en termes d'éducation gestuelle, de posture, de

positionnement au lit ou au fauteuil. Aussi, l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui est formé à réaliser des séances d'éducation thérapeutique.

1.5. Problématisation

Après la lecture des connaissances actuelle, des questionnements restent en suspens. Dans un premier temps, les référentiels ont permis d'éclaircir les rôles et compétences de chacun. Cependant, la pratique est moins claire. De plus, aucune information n'apparaît concernant le partage des tâches et la cohabitation des deux professionnels. Comment est réalisé le partage des tâches ? Qu'est-ce qui influence les actions de chacun ?

Cette problématisation permet de préciser le thème et l'étude de ce mémoire de recherche, à savoir :

Le rôle propre de l'ergothérapeute en service de réadaptation, la collaboration et la mise en œuvre du partage des tâches avec le masseur-kinésithérapeute.

1.6. Enquête exploratoire

Cette problématique issue de la revue de littérature nécessite la réalisation d'une enquête exploratoire dont les objectifs sont détaillés ci-dessous.

1.6.1. Les objectifs

Cette enquête exploratoire permet de réaliser un état des lieux des pratiques et de comprendre le rôle de l'ergothérapeute et celui du kinésithérapeute en service de réadaptation. Il s'agit de s'intéresser à ce qui est réalisé sur le terrain.

Les objectifs généraux de cette enquête sont les suivants :

- Connaître le rôle de l'ergothérapeute et du masseur-kinésithérapeute en secteur de réadaptation
- Comprendre comment la collaboration et le partage des tâches se mettent en place

1.6.2. Population ciblée et site d'exploration

La population ciblée est ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes travaillant en collaboration avec l'autre professionnel sont interrogés. Les professionnels de santé doivent travailler en secteur de réadaptation. Il a été décidé de ne retenir uniquement que ceux qui ont au moins un an d'expérience dans le but d'explorer un vécu plus long.

1.6.3. Choix de l'outil de recueil de données

Le choix du recueil de données s'est porté vers un questionnaire en ligne pour toucher plus de monde et avoir un maximum de répondant. Ce mode de fonctionnement permet aux participants de répondre quand ils le souhaitent. Le questionnaire n'impose aucune contrainte de temps et d'horaires.

1.6.4. Biais et stratégies d'atténuations

De potentiels biais concernant le questionnaire ont été identifiés.

Le premier biais identifié est la mauvaise formulation des questions ou leur mauvais enchaînement. Pour l'atténuer il faudra rédiger des questions simples, présentant une seule idée. De plus, il faudra faire relire le questionnaire par plusieurs personnes pour obtenir un avis extérieur. Un test du questionnaire sera réalisé sur quelques ergothérapeutes avant de le lancer. Le second biais mis en lumière est que des personnes n'entrant pas dans les critères d'inclusion répondent tout de même au questionnaire. Pour pallier à ce biais, il s'agira de définir au préalable des questions de départ pour exclure ces personnes.

Enfin, le dernier biais qui a été identifié est que la personne donne des réponses afin de se montrer sous une facette positive ou souhaite être valorisée. Pour pallier à ce biais, une insistance sur le respect de l'anonymat sera réalisée lors de l'envoi des questionnaires. De plus, la rédaction des questions sera réalisée pour ne pas induire l'idée qu'il existe une réponse « positive » attendue.

1.6.5. Construction de l'outil de recueil de données

Le recueil de données s'est réalisé via un GoogleForm® en ligne. Cette application peut être facilement accessible lorsqu'une connexion internet est possible.

Le questionnaire a été divisé en trois parties distinctes détaillées ci-dessous.

1.6.6. Déroulé de l'enquête

La phase 1 du questionnaire s'intéresse aux critères d'inclusions et d'exclusion de la population. Les questions concernent le métier exercé, le secteur d'intervention, l'année d'obtention du diplôme et le nombre d'année d'expérience. L'objectif de la phase 2 est de comprendre quel est le rôle des ergothérapeutes dans leur structure. De plus, il s'agira de s'intéresser à la mise en place de la cohabitation, la répartition des tâches et la collaboration entre les ergothérapeutes

et les kinésithérapeutes. La dernière phase du questionnaire propose des questions plus ouvertes concernant les retours et le contenu du questionnaire.

1.6.7. Test de l'outil de recueil de données

Afin de déterminer si le questionnaire ne présente pas trop de biais, un test a été réalisé. Le questionnaire a été envoyé à trois ergothérapeutes pour le tester. Suite aux réponses des ergothérapeutes aucune modification n'a été apportée. Un ergothérapeute a évoqué que les compétences inscrites dans le référentiel n'apparaissent pas dans le questionnaire. Cependant, la remarque n'a pas été prise en compte car une étude précise des référentiels a été réalisée lors de la revue de littérature. De plus, l'objectif de ce questionnaire est de récolter les pratiques de terrains « pure » et non les référentiels de compétences.

1.6.8. Traitement des données

L'analyse a été divisée en quatre thématiques afin de faciliter la lecture :

- Prise en soins : les évaluations
- Prise en soins : les activités de soins
- Partage de pratiques
- Collaboration

1.6.9. Analyse des résultats

➤ Présentation de la population interrogée

Cinquante-trois personnes ont répondu au questionnaire en ligne. Parmi eux, il y a 5 masseur-kinésithérapeutes et quarante-huit ergothérapeutes. Les professionnels de santé interrogés travaillent en SSR et travaillent avec l'autre professionnel de santé.

➤ Prise en soins : les évaluations

Les masseur-kinésithérapeutes qui ont répondu au questionnaire intègrent dans leur pratique des évaluations à la marche, évaluations musculaires du type testing musculaire, évaluations fonctionnelles, évaluations articulaires et évaluations de la douleur. Ces résultats rentrent en corrélation avec la revue de littérature, 100% des masseurs-kinésithérapeutes répondant réalisent ces évaluations

Les ergothérapeute interrogés réalisent pour 97% d'entre eux des bilans fonctionnels. 95.8% d'entre eux réalisent des mises en situation. Il est retrouvé en grande quantité les évaluations cognitives (83.3%) et les évaluation occupationnelles. Les ergothérapeutes qui ont répondu au questionnaire ont cité une multitudes d'évaluations qui apparaissent à des fréquences très variées : les évaluations à la marche, les évaluation des préhensions, le testing musculaire, les évaluations articulaires, visites à domiciles, évaluations des capacités scolaires, bilans de chutes, évaluation de la sensibilité, évaluation de la spasticité, évaluation du positionnement au fauteuil, évaluations de la satisfaction.

Ici, il est possible qu'un biais liées aux définitions de chacun ai été oublié. En effet, les bilans fonctionnels, les mises en situations peuvent tous les deux s'apparenter à des bilans d'autonomie. De même que l'évaluation de la spasticité qui peut s'apparenter à un bilan articulaire.

➤ *Prise en soins : les activités de soins*

Les kinésithérapeutes interrogés ont décrit les mêmes activités de soins que celles mises en lumière lors de la revue de littérature. Ils utilisent le massage, des exercices physiques, de la musculation, les manipulations actives et passives, des exercices respiratoires, la marche, le travail des articulations tel que la récupération d'amplitudes articulaires. De plus, ils prescrivent et réalisent des orthèses. Les kinésithérapeutes précisent également à l'unanimité l'apprentissage à l'utilisation des aides techniques au déplacement.

Les ergothérapeutes interrogés réalisent et utilisent également les mêmes moyens thérapeutiques qui sont ressortis de la revue de littérature. Spécialistes de l'aménagement du logement et des aides techniques, les ergothérapeutes sont également chargés de réaliser des séances de rééducation fonctionnelle, d'entraînements articulaires, musculaires, sensitifs et sensoriels. Ils utilisent des activités médiatisées, réalisent des visites à domicile, donnent les conseils et les explications sur l'utilisation, la maintenance et l'hygiène des aide techniques, ils assurent le lien avec les partenaires et revendeurs médicaux. Les ergothérapeutes interrogés abordent également la rééducation sensitive, les mises en situation écologiques utilisées comme activités de soins, la conduite du fauteuil roulant et l'utilisation des aides techniques au déplacement ainsi que le travail des transferts et de l'équilibre. De plus, certains ergothérapeutes évoquent la conception et la réalisation de séances d'éducation thérapeutique.

➤ Relation de collaboration et partage des tâches

92% des ergothérapeutes considèrent entretenir une relation collaborative avec les masseurs-kinésithérapeutes. Ils évoquent la grande importance de la communication qui se base sur des réunions pluridisciplinaires et des discussions informelles. La collaboration est basée sur des objectifs communs et une répartition des tâches. Le partage des tâches est réalisé pour 77% d'entre eux en lien avec un commun accord verbalisé. Tous les professionnels de santé mettent très en avant la communication professionnelle comme outil principal concernant la mise en place du partage des tâches. Il est également ressorti que le partage des tâches est influencé par l'institution et les prescriptions médicales. Globalement, les ergothérapeutes s'occupent des membres supérieurs tandis que les masseurs-kinésithérapeutes s'occupent du membre inférieur et de l'appareil locomoteur.

Les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes réalisent pour 76% d'entre eux des séances en commun. Ces séances sont généralement réalisées lors de premiers levés ou pour l'apprentissage des transferts. Il est aussi évoqué l'apprentissage de la marche, le travail de l'équilibre assis et debout, la gestion du fauteuil roulant et des aides techniques au déplacements ainsi que la thérapie miroir. Il est intéressant de préciser que 100% des masseurs-kinésithérapeutes considèrent partager avec l'ergothérapeutes la compétence en conseil d'aides techniques contre 6% des ergothérapeutes. Toutefois, une majorité d'ergothérapeutes évoquent des séances en commun en lien avec l'utilisation des aides techniques au déplacement.

1.6.10. Synthèse de l'enquête exploratoire

L'enquête exploratoire donne des informations supplémentaires sur les pratiques de l'ergothérapeute en service de soins et de réadaptation.

L'ergothérapeute réalise un diagnostic basé sur ses évaluations : fonctionnelles, articulaires, musculaires et de préhensions, évaluations dont il partage la compétence avec le masseur-kinésithérapeute. L'ergothérapeute utilise aussi des évaluations propre à lui qui appuient sa spécificité : évaluations cognitives, occupationnelles, mises en situations écologiques.

Le rôle propre de l'ergothérapeute lors de la prise en soins en réadaptation est également éclairé. Les réponses des ergothérapeutes ont des objectifs similaires mais leurs moyens pour y parvenir sont très variés. Ils réalisent des exercices pour gagner en amplitude articulaire, force et préhension. L'ergothérapeute se démarque en réalisant des exercices visant la rééducation du versant cognitif. De plus, il apparaît toujours comme le spécialiste des aides

techniques et de l'aménagement du logement. Un point qui n'est pas retrouvé dans la revue de littérature est les mises en situation écologiques ainsi que la réalisation de séances d'ETP, bien que le kinésithérapeute possède une formation sur les méthode d'ETP, aucun masseur-kinésithérapeute n'a indiqué en réaliser.

Les tâches partagées par les professionnels sont certains bilans et évaluations, l'apprentissage des transferts, le travail de l'équilibre, du membre supérieur et l'utilisation de la thérapie miroir. Pour se partager les tâches, les ergothérapeutes et les masseur-kinésithérapeutes utilisent pour l'écrasante majorité la communication, les réunions pluridisciplinaires et les temps de discussions informelles. Le partage des tâches est aussi influencé par l'institution et les prescriptions médicales.

1.6.11. Problématisation

A la suite de cette enquête exploratoire, des questions restent sans réponses :

- Pour quelle raison existe-t-il une pluralité des réponses chez les ergothérapeutes alors que les masseurs-kinésithérapeutes répondent aux questions à l'unanimité ?
- Existe-t-il d'autres éléments qui ont une influence sur la pratique de l'ergothérapeute ?
- Comment l'ergothérapeute construit son identité professionnelle face à une pratique aussi large ?

L'importance de la communication au sein de la collaboration revient souvent.

- Comment cette communication se met-elle en place ?
- A-t-elle une influence sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?
- Comment ce partage des tâche influence l'identité professionnelle et la pratique de l'ergothérapeute ?

Il s'agit de s'interroger sur la mise en place de la communication professionnelle entre l'ergothérapeute et le masseur-kinésithérapeute et, plus largement, au seins d'une équipe pluridisciplinaire. Face à tous ces questionnements, une question initiale de recherche ressort clairement :

En service de réadaptation, en quoi la communication professionnelle et l'équipe de travail influence l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?

1.7. Cadre conceptuel

1.7.1. L'identité professionnelle

Etymologiquement, le terme identité provient du latin *identitas* qui signifie « qualité de ce qui est le même » qui provient lui-même du latin *idem*, « le même » (23). L'identité est ce qui définit et caractérise deux ou plusieurs êtres de même nature. A l'origine, elle se définissait donc par une volonté de classer et comparer les êtres pour mettre en évidence des différences et des caractéristiques propres à chacun. La notion d'identité est une alliance entre la similarité et la différence (24). L'identité est communément connue pour être l'ensemble des données qui permettent d'individualiser quelqu'un, telles que le genre, l'âge, le nom ou la date de naissance. Cependant, l'identité est aussi définie par le caractère fondamental de quelqu'un, ce qui fait de lui sa singularité (25). C'est-à-dire l'attribut qui distingue les personnes les unes aux autres (25).

➤ L'identité personnelle éclairée en philosophie

Cette différence est mise en évidence en philosophie, et ce depuis l'antiquité, lorsque l'identité personnelle est décrite : un sujet est un individu à la fois distinct de tous les autres et qui reste le même et perdure dans le temps (26). Un problème se pose en lien avec la notion du temps, en prenant en compte que les choses changent avec le temps : en effet, si toutes les cellules qui composent un organisme se régénèrent tout au long de sa vie, comment peut-on dire que l'organisme, la personne qui émerge à la fin du processus est la même qu'elle était au début ? Résoudre le problème général de l'identité « à travers le temps », c'est déterminer ce qui constitue l'essence individuelle d'une personne (26). C'est John Locke qui expose la théorie que la mémoire individuelle fonde le ciment de l'identité personnelle, pouvant rester la même en dépit du temps qui passe (27). Selon lui, un être pensant se reconnaît comme ayant une identité unique à travers les changements de temps et de lieu. La mémoire, dans ce contexte, est la capacité de relier les perceptions passées aux perceptions présentes (27). En d'autres termes, c'est la mémoire qui établit l'identité personnelle.

➤ L'identité comme concept de socialisation

Le concept d'identité est lié aux liens sociaux. En sociologie, il est mis en évidence que l'identité d'une personne est influencée et déterminée par son appartenance à un ou plusieurs groupes sociaux (24). Une personne occupe un rôle social et répond à des injonctions induites

pour être reconnu par les autres membres du groupe. Ce mécanisme participe à la création d'une identité qui n'apparaît plus comme la propriété naturelle d'une personne mais qui devient le résultat d'un processus de socialisation et de communication (24).

Pour certains, le rôle social renvoie à la conduite à tenir dans différents groupes sociaux. Goffman, évoque cette notion en élaborant une théorie des rôles et en parlant d'identités sociales au pluriel (28). Une personne possède plusieurs identités, toujours définies par la socialisation (28). L'activité d'accomplir un rôle social est mise en lumière. Celle-ci est définie par plusieurs éléments précis : la réalisation et l'influence des règles de conduite qui sont imposées par un rôle social, les qualités et attributs qui sont imposés par certains rôles sociaux et la façon dont une personne occupe ou « joue » un rôle lors d'actions communes (28). Il élargit sa théorie en proposant plusieurs constats (28) :

- La personne qui occupe un rôle social le « joue » face à ses propres croyances des attentes des autres et de la conduite à adopter.
- Le rôle occupe une nature obligatoirement pratique car il prend forme au sein d'une activité sociale
- Le rôle et la personne qui l'occupent sont deux composantes indépendantes
- Le rôle est défini par « un personnage » interprété par quelqu'un.

Cette théorie amène à questionner davantage la problématique de socialisation plurielle et des rôles sociaux multiples. Comment identifier quelle est l'identité individuelle d'une personne lorsqu'elle interprète une multitude de rôles en étant jamais aucun d'entre eux ?

Goffman répond à ce paradoxe en parlant de « multiplicité des rôles » et de « simultanéité des identités sociales » (29). Son postulat est que l'identité réelle d'un individu est le résultat de l'addition des multiples rôles qui sont interprétés dans le quotidien, s'influçant entre eux et occupant une place particulière dans la construction de l'identité globale d'un individu (29). L'engagement consécutif dans les différents rôles sociaux s'additionne et aucun d'entre eux ne s'annule ou s'efface (29). Autrement dit, un individu possède une identité plurielle qui s'apparente à une suite d'engagements dans des rôles différents.

➤ *L'identité professionnelle*

Dans cette multitude de rôles, les individus jouent et interprètent un rôle social important pour leur identité : ils exercent un métier. Celui-ci leur apporte une place dans la société, une

reconnaissance sociale et une image de soi satisfaisante (24). En effet, c'est dans la répartition de chacun dans des métiers différents qu'un individu parvient à trouver sa place dans une équipe de travail et, à plus grande échelle, dans la société (30).

La quête de l'identité professionnelle s'inscrit donc dans la socialisation secondaire. La socialisation primaire, faisant référence à la famille, la socialisation secondaire, elle, fait référence à d'autres groupes sociaux tels que l'école, les loisirs ou le travail. Le groupe de travail, ayant un objectif commun, des activités complémentaires mais aussi un rôle professionnel différent, les individus deviennent solidaires et construisent une identité professionnelle satisfaisante, gratifiante et stable (30).

Jean-Marie Barbier met en avant l'expérience, qui apparaît comme un concept fondateur de l'identité professionnelle (31). Un éclairage est réalisé sur le lien entre l'activité, la quête de sens et la construction de l'identité professionnelle (31). Il est mis en lumière trois dimensions de l'activité qui influencent la quête de sens et la construction de l'identité professionnelle (31) :

- L'activité sous forme de vécu : en lien avec l'environnement physique et social ;
- Les représentations personnelles, agissant comme support dans la quête de sens. Comprenant les représentations que l'individu se fait de son l'activité ainsi que les représentations de lui réalisant cette activité dans son environnement physique et social ;
- La communication : ce que l'individu transmet aux autres sur son activité (31).

Jean-François Blin ajoute que l'identité professionnelle se construit via plusieurs éléments (32) :

- La relation d'un individu avec ses collègues.
- L'organisation professionnelle ou l'institution à laquelle il appartient.
- L'ensemble des activités professionnelles qu'il réalise.

➤ *La construction de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute*

Les facteurs qui contribuent à la construction de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ont été identifiés par Marie-José Drolet et Marjorie Désormeaux-Moreau (33).

Dès la formation professionnelle, l'étudiant en ergothérapie voit son identité professionnelle se construire de façon significative. Le contenu de la formation dont la socialisation avec les formateurs, les autres étudiants et les patients, et l'intégration dans les stages professionnels ont

un réel impact et fixent le début de l'identification du rôle professionnel de l'étudiant en ergothérapie (33). En lien avec la formation, il est mis en avant que certaines théories pratiques ont une forte influence dans la construction de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute (33). En effet, il s'agit de facteurs qui lui apportent force et sentiment de légitimité. Il est possible de mettre en avant l'approche centrée sur la personne, méthode de psychothérapie, introduit par Rogers est inscrit comme concept qui occupe une place forte et signifiante dans l'identité professionnelle de l'ergothérapeute (33). De plus, cette dernière est grandement soutenue par l'existence des modèles conceptuels en ergothérapie et des concepts fondamentaux à la pratique (33). Ils fondent une marche à suivre sécuritaire pour l'ergothérapeute, un appui susceptible de consolider et de valider ses choix, ses actes et sa façon d'agir (33). Le vocabulaire occupationnel, propre à l'ergothérapeute, lui apporte également un sentiment d'appartenance, de sécurité et de confiance lui permettant d'affirmer l'identité professionnelle de l'ergothérapeute (33).

L'établissement dans lequel travaille l'ergothérapeute occupe une place influente dans l'identité professionnelle. Les missions de l'ergothérapeute, les valeurs de l'établissement, l'organisation de l'institution occupent également une place dans sa quête identitaire (33). Certains modes de fonctionnement internes, tels que la vitesse et la recherche de performance influencent l'identité professionnelle de l'ergothérapeute (33).

L'accent est également mis sur l'importance des valeurs en ergothérapie qui agissent comme un solide régulateur de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute (33). Les valeurs professionnelles, induites par des valeurs personnelles, sociales et institutionnelles façonnent l'identité professionnelle de l'ergothérapeute qui s'inscrit dans un contexte social et institutionnel (33). Ici, le terme de valeurs est considéré comme un concept abstrait de nature évaluative qui permet à l'ergothérapeute de porter un regard critique sur une situation (33). Les valeurs communes des ergothérapeutes participent et constituent l'identité collective en plus de contribuer à l'identité professionnelle. En effet, celles-ci soutiennent et participent à la construction des modèles théoriques et conceptuels et guident la pensée critique et le raisonnement des ergothérapeutes (33). En interrogeant la littérature et les écrits et en consultant des ergothérapeutes, Marie-José Drolet et Marjorie Desormeaux-Moreau ont répertorié les valeurs liées à l'ergothérapie et ont proposé une définition de ces dernières (34). Ainsi, 33

valeurs assimilées à la pratique de l'ergothérapeute ont été répertoriées et définies (34). Celles-ci sont disponibles en Annexe 6.

1.7.2. Les modalités du travail d'équipe

Comme il a été vu précédemment, le groupe, son fonctionnement interne et la socialisation au sein de celui-ci impactent sur l'identité. Cette théorie s'applique à l'identité professionnelle, se construisant en partie grâce au bon fonctionnement de l'équipe de travail.

➤ Notion d'équipe

Afin de comprendre en profondeur le concept de travail d'équipe, il s'agira dans un premier temps de s'intéresser avant tout au concept d'équipe. Le terme équipe provient de l'étymologie du mot « *equippe* » qui signifie équipage (35). Le terme est au début employé pour désigner les groupes de marins, agissant dans le même bateau (35). Une équipe est définie par Abrami définie comme étant un groupe de diverses personnes qui interagissent ensemble dans le but d'accomplir une tâche commune, cela impliquant une répartition des actions et des efforts partagés par les différents membres de l'équipe (36). Pour qu'une équipe fonctionne efficacement, celle-ci a besoin de plusieurs facteurs (37) :

- Il faut que chacun retrouve un sentiment d'appartenance au groupe, cela forge la cohésion et l'efficacité du groupe ;
- Il faut que chacun des participants accepte et adhère aux valeurs du groupe, à ses codes sociaux, cela permet de forger un « esprit d'équipe » qui rend l'équipe singulière et significative ;
- Chaque personne qui fait partie du groupe est une ressource pour les autres. Il ne s'agit pas de simplement additionner les compétences et travailler pour soi, mais chacun travaille avec les autres et les compétences et connaissances sont renforcées mutuellement (37).

Roger Mucchielli ajoute que « L'identification au groupe, c'est sentir le groupe comme le sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens. L'identification n'est pas soumission, dévalorisation, démission, mais au contraire, elle est un moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige, et par là, valorisante » (38).

➤ Notion de travail d'équipe

Mucchielli définit le travail d'équipe comme étant une compétence qui s'apprend et se travaille (38). La réussite et l'efficacité d'une équipe reposent effectivement sur une cohésion et une organisation précise mais pas seulement. Il s'agit de s'appuyer sur des règles afin d'assurer un bon fonctionnement et la dynamique du groupe doit être maîtrisée afin de réussir (38). Souvent, les gens ne choisissent pas leurs coéquipiers, la population représentée est amenée à être hétérogène. La volonté de chaque membre de collaborer au travail collectif et de contribuer sainement à la cohésion d'équipe amène l'équipe à réussir (37).

Le travail d'équipe est caractérisé par les conditions suivantes (37) :

- Des objectifs partagés et clairs concernant les tâches à accomplir (37) .
- La clarification des responsabilités et des rôles de chacun dans l'équipe, chacun est assigné à une tâche claire et acceptée. Tout le monde connaît les attentes de son rôle et comprend de quelle manière entreprendre la relation avec les autres (37) .
- Les membres du groupe se connaissent bien. Les connaissances, les compétences, les réactions et initiatives de chacun sont connues des autres (37) .
- L'organisation de l'équipe est optimale : les individus de l'équipe discutent et s'écoutent, les procédures entreprises sont connues de tous, les décisions sont basées sur des principes et des stratégies à long terme qui profitent à l'équipe (37) .
- Les membres de l'équipe travaillent ensemble. Les interactions et compétences des individus sont optimisées (37) .
- Les membres d'une équipe sont interdépendants, la coopération et l'entraide sont indispensables. Il existe une volonté de suppléance lorsqu'un membre est défaillant.
- Le partage d'information est caractérisé par des échanges positifs, la communication est facile, ouverte et permet un renfort de la confiance. Les désaccords et les tensions ont la possibilité d'être explicités de façon saine et constructive (37) .

Pour travailler en équipe, Couchaère a identifié des qualités et des capacités requises qui sont essentielles (39) :

- La crédibilité. Il s'agit d'avoir confiance en ses compétences, de savoir « ce qu'on sait » et « ce qu'on ne sait pas », être fiable dans ses compétences professionnelles (39) .
- La cohérence. Ici, la cohérence est identifiée par la capacité d'une personne à se faire comprendre des autres, à être précis et clair. Il s'agit de communiquer de façon saine et positive (39) .

- La consistance. Dans une équipe professionnelle, la consistance est caractérisée par quelqu'un qui tient ses engagements et qui crée un climat de confiance en mettant en cohérence ses actes et ses paroles (39) .
- La congruence. Ici, la congruence fait référence au fait d'être en phase et en harmonie avec son environnement. Il s'agit de créer un climat harmonieux et durable (39) .

1.7.3. La communication professionnelle

➤ La communication : le propre de l'être humain et le ciment de l'identité

Le terme « communication » provient du latin *communicare* qui signifie « mettre en commun » et « partage ». La communication se définit par l'action de communiquer, ce terme signifie l'action de mettre en commun, de partager une information avec un autre individu (40). La communication orale, le langage apparaît comme étant le propre de l'être humain et est défini en philosophie comme étant un ciment de l'identité personnelle (24).

➤ Éléments et forme de la communication

La communication permet de créer des liens avec les autres, en effet, il s'agit de la transmission d'un message à un ou plusieurs individus.

N'importe quelle communication se base sur un schéma universel qui est composé de plusieurs éléments (41) :

- Un message : le contenu informatif
- Un émetteur : l'auteur du message
- Un récepteur : le destinataire du message
- Un canal : le moyen qui permet la transmission du message. Il peut s'agir, par exemple, de la voix, d'un texte, d'un geste, d'un regard ou d'une attitude.
- Un code : règles fonctionnelles qui sont utilisées pour formuler le message. Il peut s'agir, par exemple, du langage

Une communication qui est réussie passe par (41) :

- Un décodage : il s'agit de la traduction du message de la part du récepteur
- Une rétroaction : il s'agit de la réponse face au message. Il peut s'agir d'une réponse orale, d'une action.
- Une reformulation : celle-ci est à utiliser lorsque le destinataire du message identifie des distorsions.

➤ *La communication professionnelle : la maîtrise des compétences en communication*

Lorsque l'on prend la parole, il ne s'agit pas de simplement connaître une langue. Il faut également savoir l'utiliser correctement : il s'agit de savoir à quel moment on le dit et comment on le dit. Parler avec des phrases grammaticalement correctes ne suffit alors pas (40). Il s'agit de saisir la situation et le contexte. Hymes parle de « compétence de communication », celle-ci est définie par la capacité qu'un sujet possède pour communiquer de façon efficace dans un contexte précis (40). La compétence de communication comprend plusieurs « sous-compétences ». Il s'agit de maîtriser le paraverbal et le non verbal ainsi que le contexte dans lequel la communication s'inscrit. Il s'agit de parler en fonction du contexte et de la situation donnée, ne pas être « hors-sujet ». De plus, il s'agira aussi de maîtriser les règles conversationnelles culturelles (alternance des tours de parole, cohérence questions / réponses, règles de politesse ...) (40). La compétence de communication demande à la personne qui prend la parole des savoirs linguistiques et culturels (40).

➤ *La communication professionnelle en santé*

Dans le monde de la santé, la communication professionnelle s'inscrit comme un principe fondamental des pratiques soignantes (42). Au sein d'une équipe de soins interprofessionnelle, il s'agit de maîtriser plusieurs savoirs qui favorisent la communication au sein des équipes (42) :

- La compréhension des rôles de chacun
- L'écoute de l'autre, la réceptivité et le respect de l'expertise
- L'échange et le partage d'information
- La rigueur du discours
- La gestion des conflits

1.8. Problématisation et définition d'un objet d'étude

La revue de littérature, l'enquête exploratoire et le cadre conceptuel ont renseigné de nombreux points sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. A la suite de cette introduction, plusieurs questionnements peuvent être formulés :

- L'équipe de travail et la communication influencent l'identité professionnelle de l'ergothérapeute mais de quelle manière et jusqu'à quel point ?

- Comment l'ergothérapeute perçoit-il sa propre pratique et comment communique-t-il sur celle-ci auprès des autres professionnels de santé ?
- Par extension, comment les autres professionnels de santé perçoivent-ils la pratique de l'ergothérapeute et dans quelle mesure cela influence-t-il la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

L'enquête exploratoire informe que les prescriptions médicales ont une influence sur la pratique de l'ergothérapeute.

- Comment le médecin perçoit-il les actions des ergothérapeute ? A quel point cela a une influence sur la pratique de l'ergothérapeute ?
- La communication avec les médecins a-t-elle une influence sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?

La collaboration et la communication entre l'ergothérapeute et le masseur-kinésithérapeute ont grandement été mis en avant lors de l'enquête auprès des professionnels de santé.

- A quel point ces dernières ont-elles une influence sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?

Tous ces questionnements amènent à formuler une question de recherche :

Quelles sont les représentations du corps médical et des masseur-kinésithérapeutes sur la pratique de l'ergothérapeute en SSR et en quoi ces dernières ont une influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?

A la suite de cela, il est alors possible de formuler un objet de recherche :

Etude sur les représentations du corps médical et des masseur-kinésithérapeutes sur la pratique de l'ergothérapeute en SSR et regard sur l'influence de ces dernière sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

2. Matériel et méthode

2.1. Objectifs de la recherche

Des objectifs de recherche ont été formulés :

- Connaître les représentations des médecins sur la pratique de l'ergothérapeute en SSR.
- Connaître les représentations des masseur-kinésithérapeutes sur la pratique de l'ergothérapeute en SSR.
- Déterminer s'il existe une influence des représentations des médecins sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.
- Déterminer s'il existe une influence des représentations des masseur-kinésithérapeutes sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

2.2. Choix de la méthode de recherche

A la suite de la définition des objectifs de recherche, une méthode de recherche a été identifiée. La méthode la plus appropriée pour cette recherche est la méthode mixte (43). Afin de répondre à la question de recherche, il s'agira de réaliser une étude qualitative puis quantitative. En effet, la première étude sera nécessaire pour répondre aux deux premiers objectifs formulés. Par la suite, une étude quantitative permettra, grâce à des données chiffrées, d'évaluer l'influence de ces représentations sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes qui travaillent en SSR.

2.3. Population ciblée pour la recherche

Afin d'étudier l'objet formulé ci-dessus, plusieurs publics ont été ciblés : des ergothérapeutes, des médecins et des masseur-kinésithérapeutes. Plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont été mis en place. Les mêmes critères ont été mis en place pour les deux types d'études : les professionnels de santé qui sont interrogés doivent entretenir des relations de collaborations avec une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin, un masseur-kinésithérapeute et un ergothérapeute. Les professionnels interrogés doivent s'inscrire dans une pratique française de réadaptation.

Concernant les entretiens cliniques de type qualitatif, il s'agira d'interroger un ergothérapeute, un médecin MPR et un masseur-kinésithérapeute agissant dans la même structure de soins. Ce choix a été fait en lien avec les pratiques des ergothérapeutes en SSR qui sont très divergentes.

Afin d'identifier les représentations des médecins et des masseur-kinésithérapeutes, il faudra comparer ces dernières à la pratique réelle des ergothérapeutes de leur structure.

Concernant la seconde étude, celle de type quantitatif, il s'agira d'interroger une population de masseur-kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et des médecins MPR travaillant en centre de réadaptation. Tous les professionnels interrogés s'inscrivent dans une pratique française. Il s'agira d'avoir le plus de réponses possible.

2.4. Choix et construction des outils théorisés de recueil de données

2.4.1. Outil qualitatif

➤ Choix de l'outil théorisé de recueil de données

Afin de répondre aux objectifs de la recherche, un outil de recueil de données est sélectionné. L'objectif de cet outil est de connaître les représentations des médecins et des masseur-kinésithérapeutes sur la pratique des ergothérapeutes. L'outil de recherche devra ainsi prendre en compte les expériences, les connaissances et perceptions des professionnels interrogés sur un sujet qui est donné. L'observation et le questionnaire ont été exclus car ils ne permettent pas aux participants de s'exprimer librement et à l'enquêteur de faire des relances (44). Comme il existe qu'un seul sujet à aborder lors des entretiens, les entretiens directifs et semi-directifs ont été exclus également (44). L'outil qui a été sélectionné est l'entretien non directif. Cet outil s'intéresse aux représentations, aux perceptions et au vécu, il s'agira de prendre en compte ce que la personne amène sans influencer les réponses (44). Il s'agit d'un entretien qui s'intéresse à des données subjectives qui s'appuient sur le discours d'une seule personne. Il s'agira pour l'enquêteur d'adopter une posture d'écoute active et de réaliser des relances sur les sujets abordés par le participant car il n'y a pas de question précise (44).

Cet outil présente plusieurs inconvénients et avantages. En effet, il pourra, par exemple, faire surgir de nouvelles thématiques que l'enquêteur n'aurait pas imaginé ou pas pensé (44). La personne qui est interrogée aura l'occasion de réellement dire ce qu'elle pense, il existe plus de liberté car tout le temps de l'entretien est consacré à son vécu et ses perceptions. Il pourra être cependant compliqué pour l'enquêteur de mener cet entretien, si la personne dévie trop du sujet principal, il s'agira d'être capable de recadrer le sujet (44). De plus, l'établissement de liens entre plusieurs entretiens non directifs est plus compliqué. L'entretien non directif permet en

effet une grande liberté de parole pour les personnes interrogées car celui-ci se base sur la communication (44). Il sera important d'écouter et d'entendre le participant. Il s'agira de faire travailler sa posture et son attitude pour réduire les biais (développés ci-dessous) et être le plus neutre possible.

➤ *Biais de l'outil théorisé de recueil de données*

Face à cette méthode de recueil d'informations, il existe plusieurs biais. En effet, toutes les méthodes de recueil d'informations comportent des biais et il s'agit de s'y intéresser afin d'identifier les méthodes d'atténuations qui existent. Cela permettra à la recherche d'être la plus juste possible. Il s'agit d'en prendre conscience afin d'atténuer et de diminuer leurs influences sur la qualité des données recueillies (45).

En premier lieu, il existe un biais de désirabilité sociale. Ce biais consiste, pour la personne interrogée, à se montrer sous une facette plus positive qu'elle ne l'est réellement (45). Afin d'atténuer ce biais, il est intéressant de réaliser plusieurs entretiens. De plus, il s'agira également de rappeler aux participants que l'entretien est anonyme, qu'il n'existe aucune réponse attendue et qu'il n'y a pas de jugements de valeurs, la posture de l'enquêteur est donc également à travailler (45).

Cette méthode de recueil de données comporte également un biais méthodologique. Ce biais consiste à une mauvaise formulation des questions, un recueil de données insuffisantes ou un excès de questions ouvertes (45). Afin de diminuer ce biais, il s'agira de prendre davantage de temps pour organiser et réaliser la matrice de questionnement de l'entretien (45). Il s'agira également de ne pas poser de questions trop orientées, qui influencent une réponse de la part du participant. Les questions doivent être précises, courtes et simples à comprendre (45).

Ensuite, il existe également un biais affectif. Ce biais s'intéresse à la potentielle déformation des propos et du jugement de la part de l'enquêteur en lien avec ses états affectifs et émotionnels du moment (45). Cela peut impacter l'écoute. Afin de diminuer ce biais, il s'agira, en amont de l'entretien, de prendre conscience de potentiels états d'âmes et de les mettre à distance pendant le temps de l'entretien (45). Il s'agira, pour les états affectifs, d'avoir le moins d'influence possible sur la qualité du recueil d'information (45).

Il existe également un biais de confirmation. Il s'agit d'une tendance naturelle, chez l'enquêteur, de s'intéresser davantage aux sujets qui confirment les hypothèses de recherches (45). C'est un problème car il est possible que d'autres points de vue soient « passés à la trappe » (45).

➤ Construction de l'outil théorisé de recueil de données

L'outil est construit à la suite de la formulation des objectifs. L'objectif des entretiens est de connaître les représentations des médecins et des masseur-kinésithérapeutes sur la pratique de l'ergothérapeute. Afin de construire clairement l'outil, deux matrices de questionnement sont réalisées : une matrice pour l'ergothérapeute et une matrice pour le médecin et le masseur-kinésithérapeute. Les deux matrices d'entretiens sont disponibles en Annexe 7.

A la suite des matrices de questionnement, une fiche de consentement est réalisée. Cette dernière permet d'obtenir le consentement à l'enregistrement, la retranscription et l'utilisation des données des participants en vue d'une communication écrite et orale.

2.4.2. Outil quantitatif

➤ Choix de l'outil théorisé de recueil de données

L'outil de recherche qui a été sélectionné pour réaliser la recherche quantitative est la réalisation d'un questionnaire. L'objectifs du questionnaire est d'évaluer si les représentations des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes ont une influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. L'observation et l'entretien ont été exclus car ils ne répondent pas aux critères et aux objectifs de la recherche. Il s'agira d'avoir le plus de répondants possible afin d'avoir une idée, la plus fidèle possible, des influences qui se jouent dans les équipes de travail en SSR. Le choix du questionnaire implique des avantages et des inconvénients. Dans un premier temps, le questionnaire permet une collecte de données auprès d'un plus grand nombre de répondants, en effet, cela est un gain de temps pour les répondants et pour l'enquêteur (46). Il contribue à une plus grande fiabilité des résultats car il favorise une meilleure uniformité dans les réponses (46). Les limites et biais du questionnaire sont clarifiés dans la partie suivante.

➤ Biais de l'outil théorisé de recueil de données

La méthode de recueil de données via un questionnaire comporte également plusieurs biais. Il s'agit, une fois de plus, d'en prendre conscience afin de les atténuer le plus possible pour qu'ils n'aient pas d'impact dans les résultats.

Le premier biais est le biais méthodologique. Ce dernier consiste en un recueil de données insuffisantes ainsi qu'une mauvaise formulation des questions (45). En effet, il est impossible pour l'enquêteur de clarifier les réponses des participants. Il s'agira alors de bien formuler les questions pour s'assurer de la fiabilité des réponses (46). De plus, il faudra prendre du temps

pour formuler des questions simples, compréhensibles, courtes et neutres (45). Il s'agira également de ne pas orienter de réponses. Lors de la réalisation d'un questionnaire, il s'agira de prendre garde à faire un questionnaire rapide pour les répondants. Le risque étant que les répondants passent des questions ou abandonnent de répondre par manque de temps (45). Le biais de désirabilité sociale consiste à mettre en avant un côté positif de sa personnalité, de se montrer sous une facette plus positive que la réalité, cela est un inconvénient car les réponses sont moins fiables (45). Il s'agira, afin d'atténuer ce biais, de rester le plus neutre possible dans les réponses, d'insister sur le fait que le questionnaire est anonyme et à réaliser seul. Le fait que celui-ci soit en ligne permet aux personnes d'être le plus honnête possible. De plus, diffuser le questionnaire auprès d'un plus grand nombre de personnes permettra de diminuer ce biais. Il existe également un biais de soumission au groupe (45). Si plusieurs répondant s'intéressent au questionnaire en même temps ou en présence d'autres personnes, l'individu qui répond aux questions peut se faire influencer par les réponses des autres membres, même si celles-ci ne lui conviennent pas (45). Pour atténuer ce biais, il s'agira de préciser que ce questionnaire doit être réalisé seul et de rappeler qu'aucun jugement de valeur ne sera apporté sur les réponses données (45).

➤ *Construction de l'outil théorisé de recueil de données*

Après avoir choisi un recueil de données et avoir identifié les biais et stratégies d'atténuations de ces derniers, l'outil est construit. Une matrice de questionnements est réalisée et résumée grâce à un tableau disponible en Annexe 8. Le questionnaire en ligne est réalisé via la plateforme en ligne GoogleForm.

Ce questionnaire s'intéresse à plusieurs variables et recherche les jeux d'influence des variables entre-elles. Les variables qui sont étudiées sont :

- Les représentations des médecins sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- Les représentations des masseur-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- L'identité professionnelle de l'ergothérapeute
- La pratique professionnelle de l'ergothérapeute.
- La communication professionnelle entre les professionnels de santé.
- Les prescriptions médicales.

2.5. Déroulement de la recherche

2.5.1. Tests du dispositif de recherche

A la suite de l'élaboration des matrices d'entretien et du questionnaire quantitatif, les deux outils sont testés auprès des populations cibles. Les tests seront utiles pour évaluer si le questionnaire et l'entretien répondent aux objectifs de la recherche et s'ils ne présentent pas davantage de biais.

Les entretiens tests ont été réalisés par téléphone pour faciliter la date de rendez-vous et s'adapter aux emplois du temps respectifs des professionnels de santé interrogés. Les entretiens tests ont permis de rectifier la posture de l'enquêteur. En effet, la neutralité, la concentration et l'écoute active sont mis en avant comme éléments essentiels à retravailler. Enfin, une introduction a été ajoutée à la matrice de l'entretien. Celle-ci sera utile pour expliquer le sujet du mémoire aux participants.

Lors des tests du questionnaire, plusieurs points sont ressortis et ont été modifiés. Certains répondant ont indiqué que les questions n'étaient pas totalement claires, certaines ont donc été améliorées. De plus, une question a été supprimée car répétée deux fois dans le questionnaire.

2.5.1. Passation des entretiens et diffusion du questionnaire

Cette enquête ne s'inscrit pas dans le cadre de la loi Jardé, le comité éthique n'est donc pas à solliciter (47). En effet, ce travail de recherche s'intéresse à la pratique professionnelle de l'ergothérapeute et n'a pas pour but de développer les connaissances biologiques et médicales.

A la suite des entretiens tests et des modifications apportés à la matrice de questionnements de l'entretien. La réalisation d'entretiens téléphoniques peut mettre à mal la relation de confiance entre les participants et l'enquêteur. Cependant, les participants à l'enquête ont été sollicités à la suite de plusieurs stages. Grâce à cela, la relation de confiance peut être renforcée et retrouver un certain équilibre car les participants et l'enquêteur se connaissent et ont pu avoir l'occasion de travailler ensemble lors de stages professionnels. De plus, la réalisation d'entretien téléphonique peut rassurer les participants quant au respect de l'anonymat. Après avoir fixé une date de rendez-vous avec les participants, une fiche de consentement à la recherche a été transmise par mail et renvoyée à l'enquêteur. Cette fiche permet aux participants de donner leurs accord quant à l'utilisation de leurs données pour la réalisation d'une retranscription et d'une analyse en vue d'une communication écrite et orale. Afin de débiter l'entretien,

l'enquêteur introduit en rappelant les conditions de cet entretien. Il s'agit d'une étude dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapie. Cet entretien est réalisé dans un objectifs précis : il s'agit de recueillir les représentations du participants sur la pratique de l'ergothérapeute ainsi que ses connaissances sur l'ergothérapie. Ce recueil d'information permet par la suite de répondre à l'objet de recherche mis en lumière précédemment. Il est également rappelé aux participants que cet entretien est anonyme et que ses données sont confidentielles, cependant afin d'analyser au mieux les propos du participants, un enregistrement et une retranscription seront réalisés, dans le respect du consentement. Le participant est également informé qu'il a l'autorisation de ne pas répondre à certaines questions et que, s'il le souhaite, il peut arrêter l'entretien à tout moment. A la suite de ces explications, il est demandé à chaque participant s'il souhaite poser des questions avant de commencer. Le début de l'entretien est marqué par des questions d'amorces permettant de mieux connaître la participant et le lieux d'exercice. Par la suite, les questions inaugurales sont formulées et l'échange entre l'enquêteur et le participant commence.

Le questionnaire quantitatif est réalisé en parallèle. Les participants au questionnaire ont été sollicité par mail. Des appels ont été passé au sein des établissement cible et des adresses mails ont été partagées afin de diffuser le questionnaire au plus grand nombre de professionnels de santé. Une introduction a été réalisé, il y est d'abord explicité l'objet d'étude et les objectifs du questionnaire. La population cible du questionnaire est également explicitée clairement, Les ergothérapeutes, les masseur-kinésithérapeutes travaillant en structure de SSR sont invités à répondre au questionnaire. Un temps approximatif de réponse au questionnaire est précisé au préalable afin de permettre au répondants de mieux s'organiser. Le questionnaire est séparé en trois parties, une partie est disponible pour chaque professionnel de santé. Dans un premier temps, les questions s'intéressent aux critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche. Par la suite, 14 questions sont réservées aux médecins, 9 questions sont réservées pour les masseurs-kinésithérapeutes et 17 questions sont réservées aux ergothérapeutes. En fin de questionnaire, les répondants sont invités à rajouter quelque chose au questionnaire via une réponse longue.

2.6. Choix des outils de traitements des données

Les résultats des entretiens ont été explicités d'abord à l'aide d'un tableau classé par thématiques et disponible en Annexe 11. Les thématiques ont été identifiées en lien avec des variables communes, retrouvée dans les trois entretiens différents.

3. Résultats

Cette partie s'intéresse aux résultats des deux outils. Les résultats des deux enquêtes et une brève présentation des participants est disponible.

Afin de faciliter la lecture des résultats, les variables et les populations interrogées ont été remplacées par des lettres.

Ainsi, les populations interrogées sont nommées :

- **E** : Ensemble des ergothérapeutes interrogés pour la recherche quantitative
- **K** : Ensemble des masseurs-kinésithérapeutes interrogés pour la recherche quantitative
- **M** : Ensemble des médecins interrogés pour la recherche quantitative
- **E1** : Ergothérapeute interrogée pour l'entretien
- **K1** : Masseuse-kinésithérapeute interrogée pour l'entretien
- **M1** : Médecin interrogée pour l'entretien

Les variables sont nommées :

- *k* : représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- *m* : représentations des médecins sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- *e1* : pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- *e2* : identité professionnelle de l'ergothérapeute
- *k1* : pratique professionnelle du masseur-kinésithérapeute
- *k2* : identité professionnelle de l'ergothérapeute
- *p* : prescriptions médicales
- *Cm-e* : communication professionnelle entre ergothérapeutes et médecins
- *Ck-e* : communication professionnelle entre masseurs-kinésithérapeutes et ergothérapeutes

3.1. Résultats de l'enquête qualitative

L'objectif de l'enquête qualitative est de connaître les représentations des médecins et des masseur-kinésithérapeutes sur la pratique de l'ergothérapeute. Autrement dit, il s'agit de définir *k* et *m*. Dans cette partie, les participants à l'entretien sont nommés avec des lettres pour garantir l'anonymat et faciliter la lecture. Ainsi, l'ergothérapeute participante à l'entretien est nommé « **E1** », la médecin est nommée « **M1** » et la masseur-kinésithérapeute est nommée « **K1** ».

Une analyse par thématique a été réalisée. Un tableau d'analyse a été réalisé en lien avec les thématiques formulés. Celui-ci est disponible en Annexe 11.

3.1.1. Présentation des participants et de l'établissement

Les trois professionnels de santé qui ont été interrogés travaillent dans le même centre de réadaptation. Dans ce centre, il est accueilli des patients en service de neurologie, orthopédie et traumatologie.

E1 est une ergothérapeute qui a été diplômée en 2017. Elle travaille actuellement en centre de réadaptation. Depuis le début de sa carrière professionnelle, elle a toujours travaillé dans ce centre excepté pendant deux semaines où elle est allée dans une autre structure pour dépanner un manque de personnel lié à la crise sanitaire de la Covid19. Ainsi, depuis le début de sa carrière professionnelle, elle s'inscrit dans une pratique de réadaptation.

M1 est médecin MPR. Elle a été diplômée et a passé sa thèse en 2014. Elle a d'abord travaillé dans un hôpital public avant d'intégrer, il y a deux ans et demi, l'équipe des médecins du centre de réadaptation. M1 est médecin sur l'unité de neurologie comprenant 36 lits dont 6 étant une unité d'éveils.

K1 a eu son diplôme d'état de masso-kinésithérapie en 2020 et elle travaille dans cette structure depuis juillet 2021. Avant d'intégrer cette structure, K1 a travaillé deux fois 6 mois dans un SSR gériatrique puis dans un centre de réadaptation similaire à celui actuel. Comme la médecin, K1 s'occupe des patients inscrits au pôle de neurologie.

3.1.2. Analyse verticale

Une analyse verticale a été réalisée. Celle-ci permet d'analyser les réponses de tous les participants en fonctions des thèmes identifiés (59 carole). Les thématiques mises en lumière sont : la conception du projet d'intervention en ergothérapie, la rééducation, la réadaptation et la collaboration. Chacun des thèmes possède des sous-thématiques qui ont été identifié après relecture des retranscriptions des entretiens.

➤ Conception du projet d'intervention en ergothérapie

L'ergothérapeute, après avoir reçu la prescription médicale, réalise un bilan d'entrée (E1, L. 16-17). Elle nous explique que les bilans sont la plupart du temps orientés par la prescription médicale (E1, L. 25-27). Les bilans réalisés par l'ergothérapeute sont : systématiquement un bilan d'autonomie, des bilans d'équilibre, des transferts, concernant les membres supérieurs et

la force, la neuropsychologie et le cognitif (E1, L.19-22). D'après elle, le but des bilans est de connaître réellement ce dont le patient est capable et ce dont il n'est pas capable (E1, 78-82). Le médecin et la masseuse-kinésithérapeute ont également abordé la réalisation de bilans par l'ergothérapeute. Elles évoquent toutes deux les bilans d'autonomie, les bilans de préhensions des membres supérieurs et les bilans des actes de la vie quotidiennes (M1, L.31-32 ; K1, L.28-30, L.52-54).

Les bilans réalisés par l'ergothérapeute concernant les fonctions cognitives et neuropsychologiques ne sont pas cités ni par le médecin, ni par la masseuse-kinésithérapeute. Il en est de même pour les bilans d'équilibre et pour les transferts.

Par la suite, l'ergothérapeute met en avant le fait qu'elle réalise des objectifs de prise en charge avant de commencer les activités de soins (E1, L.41-42). Elle explique que les objectifs sont fondamentaux dans la pratique car ils permettent de cibler ce qu'il faudra travailler, il s'agit d'une ligne rouge de prise en charge. Elle explique que, d'abord, elle hiérarchise ses objectifs puis réalise des activités qui permettront et respecteront les objectifs de réadaptation fixés en accord avec le patient (E1, L.45-47, L.71-72, L.104, L.117-118).

La médecin n'évoque à aucun moment la mise en place d'objectifs par l'ergothérapeute. La masseuse-kinésithérapeute cite une fois le mot « objectif », celui-ci est évoqué lorsque celle-ci parle des objectifs de prise en charge lors des réunions pluridisciplinaires (K1, L.64-65). Elle n'évoquera pas la mise en place d'objectifs propre à la pratique et la prise en charge en ergothérapie.

➤ Rééducation

La prise en charge par l'ergothérapeute débute par un travail d'installation, de confort et de bien-être (E1, L.73-75). Il s'agit de positionner le patient, de l'installer correctement afin de limiter les douleurs. Par exemple, l'ergothérapeute cite la réalisation d'attelles, des ceintures lombaires ou des peaux de moutons pour soulager un risque d'escarre (E1, L.75-78). La masseuse-kinésithérapeute explique également le rôle de l'ergothérapeute en termes d'installation et de confort, elle cite également la réalisation d'attelles et des adaptations pour limiter les douleurs du patient installé en fauteuil roulant, elle cite l'utilisation de mousses (K1, L.25-26, L.42-44). Quant à la médecin, elle évoque le rôle de l'ergothérapeute dans « *la prise en charge de la douleur* » sans aller dans les détails (M1, L.62-63).

Par la suite, l'ergothérapeute explique réaliser d'abord une rééducation (E1, L.88) avant de penser à la réadaptation. Celle-ci se divise en plusieurs phases qui peuvent se superposer. Elle utilise une rééducation fonctionnelle, celle-ci est composée d'activités de rééducations qui peuvent faire travailler plusieurs fonctions en même temps : les fonctions cognitives, les fonctions neuropsychologiques, les membres supérieurs, l'équilibre, le tonus du tronc (E1, L.106-109). Elle donne l'exemple d'une partie d'échec (E1, L.115-117). La médecin et la masseuse-kinésithérapeute ne donnent pas d'exemples précis mais expliquent tout de même que les ergothérapeute réalisent des activités de rééducation centrées sur le membre supérieur et les préhensions (M1, L.62, L.66-68 ; K1, L.41-42). Le travail des fonctions cognitives, neuropsychologiques, le travail de l'équilibre ne sont pas cités par la médecin et la masseuse-kinésithérapeute.

En termes de rééducation, l'ergothérapeute explique réaliser une « rééducation analytique », elle donne l'exemple de l'utilisation des systèmes vibratoires qu'elle utilise afin de faire ressentir un mouvement. Elle utilise ce genre de rééducation pour les personnes ayant un déficit de sensibilité ou de proprioception (E1, L.113-114, L.246-253). La médecin évoque également l'utilisation des vibrations (M1, L.63-64).

L'ergothérapeute évoque également l'utilisation d'une rééducation robotisée. Elle utilise la réalité virtuelle et l'Arméo (E1, L.210, L. 225). Ces deux types de rééducations sont expliqués par l'ergothérapeute comme des moyens très complets d'atteindre des objectifs thérapeutiques sans rien oublier (E1, L. 234-238). Ils permettent de faire travailler plusieurs fonctions et de remplir plusieurs objectifs ergothérapeutiques. Concernant la réalité virtuelle, l'ergothérapeute cite : le travail de la coordination motrice, le travail des membres supérieurs et inférieurs, le travail de l'équilibre, héminégligence, travail oculomoteur (E1, L.216-225). Pour l'Arméo, l'ergothérapeute explique faire travailler spécifiquement le renforcement musculaire du membre supérieur, le but étant de retrouver des mouvements perdus en faisant travailler à l'aide d'un support de bras (E1, L.225-233). Elle explique également que l'Arméo fait travailler en complément les fonctions cognitives (E1, L.230). La masseuse-kinésithérapeute n'évoque à aucun moment l'utilisation de la robotique. Quant à la médecin, elle cite l'utilisation des machines par les ergothérapeutes, « Il y a la rééducation robotisée avec l'Arméo, il y a la réalité virtuelle » (M1, L. 64-65).

➤ Réadaptation / réhabilitation

L'ergothérapeute occupe également un rôle dans la réadaptation et la réhabilitation. L'ergothérapeute et la médecins citent toutes les deux que la pratique de l'ergothérapeute est divisée en deux temps, avec, en second temps, une partie de réadaptation (E1, L. 93-94, L.141-147 ; M1, L.28-29, L.72).

La réadaptation est elle-même scindée en plusieurs phases, d'après l'ergothérapeute, il y a l'acquisition des aides techniques, les visites à domiciles et les mises en situations. (E1, L.149-153).

Lors de cette partie de réadaptation, le rôle de l'ergothérapeute se tourne vers l'acquisition des aides techniques (E1, L.86-87). Des aides techniques sont mises en place s'il n'y a pas de récupération à la suite de la rééducation (E1, L.93-94). La médecin et la masseuse-kinésithérapeute abordent également cette fonction de l'ergothérapeute. Elles évoquent toutes les deux l'acquisition d'un fauteuil roulant ou d'aides techniques (M1, L.34-37 ; K1, 76-79, L.80-82). Elles ajoutent, ce que l'ergothérapeute n'a pas précisé, le lien avec les prestataires et la prise en charge du choix des fauteuils roulants (M1, L.34-37, K1, L.76-78, L.82).

Lors de cette phase de réadaptation, l'ergothérapeute évoque grandement les mise en situations écologiques permettant de se réadapter à la vie réelle (E1, L.266). Elle évoque des mises en situation de cuisine, de courses, en ville, des essais de fauteuil roulant directement au domicile, dans la rue ou dans les transports en commun, « *on touche vraiment à toutes les activités de la vie quotidienne* » (E1, L.260-261, L.263-266, L.277-278). La médecin évoque également cette partie dans la prise en charge de l'ergothérapeute, elle cite également les ateliers cuisines et les sorties à l'extérieur (M1, L.72-74). La kinésithérapeute quant à elle, évoque ce sujet lors de l'évocation des essais de conduite aménagé (K1, L.31).

Enfin, l'ergothérapeute aborde largement le sujet des visites à domicile. Elle explique que cette partie arrive en second temps, lorsque la rééducation au centre est arrivée à un stade avancée et lorsque le patient commence à acquérir une certaine autonomie (E1, L.152-153, L.164-170). Elle explique que son rôle lors des visites à domiciles est d'observer l'accessibilité et l'adaptabilité du logement, parfois, les visites à domiciles peuvent être réalisées plusieurs fois pour le même patient (E1, L.269). La médecin et la masseuse-kinésithérapeute abordent

rapidement le sujet : « [...] et les visites à domicile » (M1, L.37) et « [...] voir si le domicile est adapté, qu'est-ce qui peut être fait s'il ne l'est pas » (K1, L.31-32).

➤ Collaboration

Dans la pratique de l'ergothérapeute, la collaboration est un axe qui est largement évoqué et ce, par les trois professionnels de santé interrogés.

L'ergothérapeute, la médecin et la masseuse-kinésithérapeute abordent la participation de l'ergothérapeute au sein des réunions pluridisciplinaires (E1, L.165-169 ; M1, L.37-41, L.45-54 ; K1, L.50-52, L.57-60). Les synthèses pluridisciplinaires sont décrites dans le but de faire le point avec chaque professionnel de santé afin de voir où se situe la prise en charge globale du patient afin que « les équipes soignantes et de rééducation puissent être en lien » (M1, L.53-54). Ces synthèses réunissent tous les professionnels de santé qui prennent en soins le patient « Il y a un membre de l'équipe de soins, un aide-soignant ou un infirmier et il y a les membres de l'équipe de rééducation qui suivent le patient. Donc il y a souvent un kiné, un ergothérapeute, assistante sociale, orthophoniste, psychologue, neuropsychologue. » (M1, L.47-50).

En dehors des réunions pluridisciplinaires, l'ergothérapeute collabore avec les autres professionnels de santé, et cela quotidiennement. D'abord, elle évoque sa participation et ses écrits dans le dossier médical partagée du patient (E1, L.58-59). La masseuses-kinésithérapeute et la médecin n'évoquent pas ce dossier partagé.

Elle évoque la collaboration avec l'assistante sociale, lors des visites à domicile et l'acquisition d'aide techniques : « c'est avec l'assistante sociale surtout qui va faire débloquer tout ça parce qu'elle va demander des financements » (E1, L.97-98). Cette collaboration avec l'assistante sociale est également évoquée par la masseuse-kinésithérapeute lorsqu'elle parle des visites à domicile (K1, L.31-32). L'ergothérapeute ajoute entretenir une relation de collaboration avec les infirmières et les aides-soignantes pour les activités de vie quotidienne en chambre telles que la toilette ou l'habillage (E1, L.34-36). Il s'agit d'une information dont la médecin parle également (M1, L.55-56). L'ergothérapeute parle également de sa relation de collaboration très régulière (tous les jours) avec les masseurs-kinésithérapeutes, elle explique avoir l'habitude de discuter avec la masseur-kinésithérapeute avant et après le premier entretien ou lorsqu'elle a des questions concernant les bilans ou une prise en charge précise (E1, L.32-35, L.34-36, L.38-39, L.49-50, L.88-90, L.326-331). La masseuse-kinésithérapeute évoque également cette relation de collaboration en dehors des réunions pluridisciplinaires lors de questionnements en

lien avec une prise en charge et lors du choix de fauteuil roulant (K1, L.68-70, L.79-80). L'ergothérapeute évoque également d'autres professionnels avec qui elle entretient une relation de collaboration en dehors des réunions pluridisciplinaires : Orthophoniste, neuropsychologue, psychologue et enseignant en APA (E1, L.38-39, L.88-90). Les deux autres professionnelles de santé ne parlent pas de ces dernières professions en dehors des réunions pluridisciplinaires. L'ergothérapeute insiste également, à plusieurs reprises, sur sa collaboration avec les médecins concernant les prescriptions médicales et la réalisation des bilans (E1, L.13-15, L.25-27). Le médecin n'aborde pas ce sujet.

Pour finir, l'ergothérapeute est la seule à évoquer sa collaboration avec le patient lors de la prise en charge en ergothérapie. D'abord, elle explique au patient les résultats des bilans et le questionne concernant ses objectifs personnels. Elle prend en compte les objectifs du patient pour les faire passer en priorité dans sa prise en charge (E1, L.41-47). Elle évoque aussi l'importance que le patient adhère aux activités proposées en donnant l'exemple de la rééducation robotisée : « *Il y a des personnes qui adhèrent pas du tout, donc là, on oublie les machines* » (E1, L.210-212). A l'issue de l'entretien, elle termine en mettant l'accent sur l'importance de la confiance dans les relations professionnelles et surtout dans la relation thérapeutique avec le patient : « *Et puis, c'est surtout, je n'ai pas parlé de tout ça, mais le plus important c'est d'avoir confiance. Et que les personnes nous fassent confiance. Surtout le patient. Confiance. Bonne relation thérapeutique, avec les barrières qu'il faut, tant qu'il est à l'aise, ça va. Voilà. Qu'il ait confiance, parce sinon il ne va pas être acteur de sa prise en charge et s'il n'est pas acteur de sa prise en charge, franchement, la rééducation elle se fait à moitié.* » (E1, L.331-335).

3.2. Résultats de l'enquête quantitative

Les résultats quantitatifs sont analysés en deux parties distinctes.

Avant tout, une présentation de la population est réalisée. Par la suite, une analyse descriptive des résultats est réalisée, celle-ci permet de décrire l'ensemble des résultats et de mettre en évidence les tendances en fonction de chaque population. Enfin, une analyse s'intéressant aux inférences statistiques sera réalisée. Cela permettra de comparer les différentes variables en fonction des populations.

Pour rappel, afin de faciliter la lecture des résultats, les variables et les populations interrogées ont été nommées par des lettres :

- **E** : Ensemble des ergothérapeutes interrogés pour la recherche quantitative
- **K** : Ensemble des masseurs-kinésithérapeutes interrogés pour la recherche quantitative
- **M** : Ensemble des médecins interrogés pour la recherche quantitative
- **k** : représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- **m** : représentations des médecins sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- **e1** : pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- **e2** : identité professionnelle de l'ergothérapeute
- **k1** : pratique professionnelle du masseur-kinésithérapeute
- **k2** : identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute
- **p** : prescriptions médicales
- **Cm-e** : communication professionnelle entre ergothérapeutes et médecins
- **Ck-e** : communication professionnelle entre masseurs-kinésithérapeutes et ergothérapeutes

3.2.1. Présentation de la population

En tout, le questionnaire a reçu 39 réponses. L'une des réponses a été supprimée car le répondant n'a pas consenti à l'utilisation de ses réponses en vue d'une communication orale et écrite. Ainsi, 38 réponses ont été analysées. Tous les répondants sont des professionnels de santé étant ergothérapeute, médecin ou masseur-kinésithérapeute travaillant dans un service proposant des soins en réadaptation. Les professionnels de santé s'inscrivent dans une pratique française. Chaque professionnel travaille en collaboration avec les deux autres. En tout, il y a eu 17 réponses de la part des ergothérapeutes, 12 réponses de la part des masseur-kinésithérapeutes et 9 réponses de la part des médecins. Les médecins répondants exercent des spécialités différentes : il y a 5 médecins MPR, deux gériatres, un neuropédiatre et le dernier exerce à la fois les spécialités de MPR et de neuropédiatrie.

3.2.2. Représentations et communication professionnelle

Afin d'analyser les résultats, il est réalisé une analyse descriptive. L'analyse descriptive permet de réaliser une première lecture des résultats. Dans cette analyse, plusieurs indicateurs sont calculés et analysés :

- **La moyenne** : celle-ci représente la valeur représentative ou caractéristique de l'ensemble des données chiffrées récoltées.

- **L'étendue** : celle-ci représente la différence entre la valeur minimale et maximale. Elle informe sur la dispersion des valeurs.
- **Le coefficient de variation** : plus le coefficient de variation est proche de 0, plus la série de valeurs est homogène. Cela signifie que les répondant sont d'accord sur la réponse donnée et proche de la moyenne.

Afin de retranscrire les résultats chiffrés en mots, une échelle de mesure a été réalisée en suivant un indicateur de 0 à 10 :

Nul	Très mauvais	Mauvais		Moyen		Assez-bien	Bien	Très bien		Parfait
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

➤ La collaboration médecin – ergothérapeute

Dans un premier temps, il est analysé les réponses en lien avec la collaboration des médecins et des ergothérapeutes.

Pour rappel, les variables utilisée dans cette partie sont :

- ***m*** : représentations des médecins sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- ***eI*** : pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- ***p*** : prescriptions médicales
- ***Cm-e*** : communication professionnelle entre ergothérapeutes et médecins

Les premières questions s'intéressent aux représentations des médecins sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute et sur la réelle pratique professionnelle des ergothérapeutes (***m*** et ***eI***). Il est demandé aux médecins et aux ergothérapeutes d'évaluer sur une échelle de 0 à 10, à quel point les représentations des médecins sur la pratique de l'ergothérapeute se rapprochent de la réalité. Autrement dit, à quel point ***m = eI*** ?

	Moyenne	Etendue	Coefficient de variation
Réponses des médecins (M)			
<i>m = eI</i>	8.55	$10 - 8 = 2$	0.08
Réponses des ergothérapeutes (E)			
<i>m = eI</i>	7.88	$10 - 5 = 5$	0.19

La lecture du tableau montre que les médecins pensent avoir une très bonne représentation de la pratique de l'ergothérapeute (8.55/10). L'étendue et le coefficient de variation montrent que

tous les médecins répondants sont en accord avec la moyenne formulée. Quant aux ergothérapeutes, ils jugent, en moyenne, que les médecins ont une bonne représentation de la pratique des ergothérapeute. Toutefois, il est intéressant de souligner que les ergothérapeutes ne sont pas tous en accord sur cette question. En effet, la note minimale attribuée est 5/10, montrant que certains ergothérapeutes jugent faiblement les représentations des médecins sur la pratique des ergothérapeutes, en la jugeant plutôt moyenne. Le coefficient de variation montre également que les notations attribuées aux médecins sont plutôt hétérogènes, tous les ergothérapeutes ne sont pas forcément d'accord avec la moyenne calculée.

Par la suite, les questions s'intéressent aux prescriptions médicales et à la pratique professionnelle de l'ergothérapeute (p et eI). Il est demandé aux ergothérapeutes (**E**) et médecins (**M**), de juger sur une échelle de 0 à 10, à quel point les prescriptions médicales sont représentatives de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Autrement dit, à quel point $p = eI$?

	Moyenne	Etendue	Coefficient de variation
Réponses des médecins (M)			
$p = eI$	7.11	$9 - 5 = 4$	0.21
Réponses des ergothérapeutes (E)			
$p = eI$	6.3	$10 - 3 = 7$	0.29

La moyenne des médecins est de 7.11, ils jugent que leurs prescriptions médicales sont bien représentatives de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Ici, on peut lire que les médecins ne sont pas tous d'accord, en effet, les réponses vont de 5/10 à 9/10. Le coefficient de variation nous montre que tous les répondant ne s'approchent pas forcément de la moyenne qui a été calculée. Quant aux ergothérapeutes, les réponses sont d'autant plus espacées, l'étendue de la série est de 7, la réponse la plus faible étant un 3. Toutefois, les ergothérapeutes attribuent une moyenne de 6.3, montrant que d'après eux les prescriptions médicales sont assez bien représentatives de leur pratique.

Enfin, les questions s'intéressent à la communication professionnelle ($Cm-e$) entre les médecins et les ergothérapeutes. La première question qui est posée demande d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 la qualité de leur communication professionnelle.

	Moyenne	Etendue	Coefficient de variation
--	---------	---------	--------------------------

Réponses des médecins (M)			
Qualité de <i>Cm-e</i>	8.55	10 – 7 = 3	0.09
Réponses des ergothérapeutes (E)			
Qualité de <i>Cm-e</i>	7.03	9 – 4 = 5	0.17

Avec une moyenne de 8.55, les médecins jugent leur communication professionnelle avec les ergothérapeutes comme étant très bonne. Le coefficient de variation très proche de 0 et l'étendue assez faible montrent que les médecins sont globalement d'accord entre eux et la moyenne est donc représentative du groupe. Quant aux ergothérapeutes, la moyenne atteint 7.03. Cela montre qu'ils jugent entretenir une bonne communication avec les médecins. Ici, l'étendue nous montre que tous les ergothérapeutes ne sont pas forcément d'accord avec la moyenne formulée, l'un des ergothérapeutes a formulé entretenir une communication moyenne. Cependant, le coefficient de variation restant assez faible, la plupart des ergothérapeutes se rapprochent de la moyenne formant un groupe plutôt homogène.

➤ Collaboration masseurs-kinésithérapeutes – ergothérapeute

Dans un second temps, il est analysé les réponses en lien avec la collaboration entre les masseurs-kinésithérapeutes et les ergothérapeutes.

Pour rappel, les variables utilisées dans cette partie sont :

- *k* : représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- *eI* : pratique professionnelle de l'ergothérapeute
- *Ck-e* : communication professionnelle entre ergothérapeutes et masseur-kinésithérapeutes

De même qu'avec la population des médecins, il s'agira d'abord de s'intéresser aux représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique de l'ergothérapeute (*k*). Il est demandé aux ergothérapeutes et aux masseurs-kinésithérapeutes d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 à quel point les représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique de l'ergothérapeute (*k*) se rapprochent de la réalité. Autrement dit, à quel point $k = eI$?

	Moyenne	Etendue	Coefficient de variation
Réponses des Masseurs-kinésithérapeutes (K)			
$k = eI$	7.83	9 – 7 = 2	0.08

Réponses des ergothérapeutes (E)			
<i>k = eI</i>	6.70	9 – 4 = 5	0.22

Les masseurs-kinésithérapeutes estiment, avec une moyenne de 7.83, avoir une bonne représentation de la pratique de l'ergothérapeute. La faible étendue et le coefficient de variation qui se rapprochent beaucoup de 0 montrent que la série de réponse est très homogène. Cela signifie que la plupart des répondants sont très proches de la moyenne qui a été formulée. Quant aux ergothérapeutes, ils estiment, avec une moyenne de 6.70, que les masseurs-kinésithérapeutes ont une assez bonne représentation de la pratique des ergothérapeutes, cependant, l'étendue nous montre que tous les répondants ne sont pas d'accord. Certains ergothérapeutes jugent la représentation très bonne tandis que d'autres l'évaluent comme étant moyenne. Le coefficient de variation est également plus élevé, cela nous montre que globalement, la série est plutôt hétérogène.

La variable suivante concerne la communication professionnelle entre les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes (*Ck-e*). Il est demandé aux professionnels de santé d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 la qualité de leurs communication professionnelle.

	Moyenne	Etendue	Coefficient de variation
Réponses des masseurs-kinésithérapeutes (K)			
Qualité de <i>Ck-e</i>	7.91	10 – 7 = 3	0.12
Réponses des ergothérapeutes (E)			
Qualité de <i>Ck-e</i>	7.11	9 – 2 = 7	0.24

Les moyennes des ergothérapeutes et des masseurs-kinésithérapeutes (respectivement 7.11 et 7.91) montrent que les deux professionnels de santé estiment entretenir une bonne communication professionnelle avec l'autre. Toutefois, un écart entre les étendues est observable, en effet l'étendue chez le groupe des ergothérapeutes est relativement élevée, cela signifie qu'il existe un grand écart entre la note minimale et maximale. En effet, la différence entre la note minimale de E et la note minimale de K est notable (2 pour les ergothérapeutes et 7 pour les masseurs-kinésithérapeutes).

3.2.3. Comparaison de l'influence des différentes variables sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute

Afin d'analyser les résultats concernant les influences des variables sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute, des statistiques d'inférence ont été réalisées. La technique utilisée est le test t pour des échantillons indépendants ou test de Welch. Ce test sert à comparer les moyennes de deux groupes distincts concernant l'influence de deux variables différentes sur une autre (48). Pour réaliser un test de Welch, il faut formuler deux hypothèses, l'une qui considère que les moyennes sont les mêmes et l'autre considérant qu'elles sont indépendantes (48). Ici, l'intérêt est d'analyser l'influence des différentes variables sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute et de déterminer s'il existe une différence significative entre l'influence des variables des deux groupes. Pour cela, un degré de signification a été calculé. Si le degré de signification est inférieur à 0.05, cela signifie que les moyennes des deux groupes sont significativement différentes et que les résultats proviennent effectivement de deux groupes différents (48). A contrario, lorsque le degré de signification est supérieur à 0.05, cela signifie que les moyennes ne sont pas statistiquement différentes et qu'aucune des variable n'impose pas d'influence plus que l'autre (48).

Le logiciel Jamovi 2.3.9 ® a été utilisé pour réaliser les calculs, les tableaux et les graphiques.

➤ L'influence des représentations sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute

Les professionnels de santé ont été questionnés sur l'influence de leurs représentations sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Il s'agira ici, de comparer l'influence des représentations des médecins et l'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeute. Cela permettra de connaître si l'un des deux professionnel de santé exerce plus d'influence que l'autre.

Deux hypothèses sont formulées :

H0 : Les représentations des masseurs-kinésithérapeutes et les représentations des médecins ont la même influence sur la pratique des ergothérapeutes. Autrement dit, $(m \rightarrow eI) = (k \rightarrow eI)$.

L'hypothèse alternative est donc :

H1 : Les représentations des masseurs-kinésithérapeutes et les représentations des médecins n'ont pas la même influence sur la pratique de l'ergothérapeute. Autrement dit, $(m \rightarrow eI) \neq (k \rightarrow eI)$.

Statistiques descriptives des groupes

Groupe	Variable Calculée	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
K et E	$(k \rightarrow eI)$	4.59	5.00	2.97	0.552
M et E	$(m \rightarrow eI)$	6.50	7.00	1.66	0.325

Test t pour échantillons indépendants – Test de Welch

	Moyenne de $(m \rightarrow eI)$ définit par M et E	Moyenne de $(k \rightarrow eI)$ définit par K et E	Degré de signification
t de Welch	6.50	4.59	0.005

Le degré de signification est inférieur à 0.05. Cela signifie que l'hypothèse H0 est rejetée et l'hypothèse alternative H1 est validée. Il existe une différence significative entre les deux moyennes. La moyenne de l'influence des représentations des médecins sur la pratique de l'ergothérapeute atteint 6.50 avec une médiane de 7. Quant à l'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique de l'ergothérapeute, celle-ci atteint le moyenne de 4.59 avec une médiane de 5. Ainsi, cela signifie que les représentations des médecins ont statistiquement plus d'influence que les représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique de l'ergothérapeute $(m \rightarrow eI) > (k \rightarrow eI)$.

➤ Les influences des prescriptions médicales

Il a été demandé aux professionnels de santé d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 l'influence des prescriptions médicale sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes et des masseurs-kinésithérapeutes. L'objectif est de savoir si les prescriptions ont autant d'influence sur la pratique des ergothérapeutes que des masseurs-kinésithérapeutes.

En moyenne, l'influence des prescriptions médicales sur la pratique de l'ergothérapeute a été évalué à 6.50 par les médecins et les ergothérapeutes. Leur influence sur la pratique du masseur-kinésithérapeute a été évaluée à 6.24 par les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes.

Un test de Welch de comparaison des moyennes a été réalisé. Le détail de celui-ci est disponible en Annexe 12. Les résultats ont montré que les prescriptions médicales ont autant d'influence sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes que sur la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes.

➤ L'influence de la communication professionnelle

Il a été demandé aux professionnels de santé d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 l'influence de la communication qu'ils entretiennent avec l'ergothérapeute sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes. L'objectif est de savoir si la communication entre les médecins et les ergothérapeutes a autant d'influence sur la pratique des ergothérapeutes que la communication entre les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes.

En moyenne, l'influence de la communication professionnelle entre les ergothérapeutes et les médecins a une influence cotée à 7 sur 10 par les professionnels de santé concernés. Les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes évaluent l'influence de leurs communication sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute à 6.58 en moyenne.

De même que précédemment, les tests de Welch ont été réalisés afin de comparer les moyennes. Les détails des tests sont disponibles en Annexe 12. Les résultats du test de Welch montrent que la communication qu'entretiennent les ergothérapeutes et les médecins à la même influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que la communication qu'entretiennent les ergothérapeutes avec les masseurs-kinésithérapeutes. Autrement dit, $(Ck-e \rightarrow eI) = (Cm-e \rightarrow eI)$.

3.2.4. Comparaison de l'influence des différentes variables sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Les mêmes calculs et tests ont été réalisés concernant les influences des différentes variables sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Les détails des calculs est disponible en Annexe 12 avec des tableaux et des graphiques.

➤ Influence des représentations des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Les professionnels de santé ont été questionnés sur l'influence de leurs représentations sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Il s'agit de comparer l'influence des représentations des médecins et l'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes. Cela permettra de connaître si l'un des deux professionnel de santé exerce plus d'influence que l'autre.

Grâce à un test de Welch, il a été calculé si les médecins et les ergothérapeutes sont d'accord sur la question de l'influence des représentations des médecins sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Les détails du calcul sont disponibles en Annexe 12. Les résultats ont montré

qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes donc les données ont été groupées. En moyenne, les représentations des médecins ont une influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute qui a été cotée à 4.77.

Le même test a été réalisé concernant le groupement de réponses des ergothérapeutes et des masseurs-kinésithérapeutes. Il a été montré que les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas d'accord sur la question. La moyenne des masseurs-kinésithérapeutes est de 5 et celle des ergothérapeutes atteint seulement 2.5. Ainsi, les résultats n'ont pas été groupés et c'est la moyenne des ergothérapeutes qui a été gardée pour faire la comparaison des moyennes.

Le test de Welch a montré que les représentations des médecins ont autant d'influence que les représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

➤ *L'influence des prescriptions médicales sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute et du masseur-kinésithérapeute*

Il a été demandé aux professionnels de santé d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 l'influence des prescriptions médicales sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes et des masseurs-kinésithérapeutes. L'objectif est de savoir si les prescriptions ont autant d'influence sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes que des masseurs-kinésithérapeutes.

Il a été montré que les prescriptions médicales exercent une influence cotée à 4.31 sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute et une influence de 6.24 sur l'identité professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes. Des tests de Welch ont été réalisés pour savoir s'il existe une différence significative entre les deux moyennes. Ces derniers ont montré que les prescriptions médicales ont moins d'influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute que sur celle du masseur-kinésithérapeute.

➤ *L'influence de la communication professionnelle sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute*

Il a été demandé aux professionnels de santé d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 l'influence de la communication qu'ils entretiennent avec l'ergothérapeute sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes. L'objectif est de savoir si la communication entre les médecins et les ergothérapeutes a autant d'influence sur la pratique des ergothérapeutes que la communication entre les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes.

En moyenne, l'influence de la communication professionnelle entre les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes a une influence cotée à 5.38 sur 10 par les professionnels de santé concernés. Les ergothérapeutes et les médecins évaluent l'influence de leurs communications sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute à 5.69 en moyenne.

De même que précédemment, les tests de Welch ont été réalisés afin de comparer les moyennes. Les détails des tests sont disponibles en Annexe 12. Les résultats du test de Welch montrent que la communication qu'entretiennent les ergothérapeutes et les médecins à la même influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute que la communication qu'entretiennent les ergothérapeutes avec les masseurs-kinésithérapeutes. Autrement dit, $(Ck-e \rightarrow e2) = (Cm-e \rightarrow e2)$.

3.2.5. Comparaison entre les influences sur la pratique professionnelle et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Les mêmes calculs et tests ont été réalisés. Cette fois, les calculs s'intéressent aux hypothèses suivantes :

H0 : Les variables ont autant d'influences sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que son identité professionnelle

Ainsi, l'hypothèse alternative est :

H1 : Les variables n'ont pas la même influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle

Des calculs ont été réalisés sur chacune des variables (représentations des médecins, représentations des masseurs-kinésithérapeutes, prescriptions médicales et communication professionnelle). Les détails des calculs est disponible en Annexe 12 avec des tableaux et des graphiques.

➤ *Comparaison de l'influence des représentations des médecins entre e1 et e2*

L'influence des représentations des médecins sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute est jugée comme plutôt moyenne. En effet, elle obtient une moyenne de 4.77 et une médiane de 5. Quant à l'influence des représentations des médecins sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute, celle-ci obtient une moyenne de 6.50 et une médiane de 7.

Un test de Welch a été réalisé. Le but du test est de savoir si les représentations des médecins exercent la même influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que sur son

identité professionnelle. Les détails de ce test et de sa réalisation son disponible en Annexe 12. Les résultats ont montré qu'il existe une différence très significative entre l'influence des représentations des médecins exercées sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute et sur son identité professionnelle. Autrement dit, $(m \rightarrow e1) > (m \rightarrow e2)$.

➤ Comparaison de l'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes entre e1 et e2

L'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute et sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute sont analysées dans un premier temps à l'aide de statistiques descriptives. L'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute ont une influence qui a été évaluée en moyenne à 4.24 avec une médiane de 3. Quant à l'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute, elle a été évaluée par les professionnels de santé à hauteur de 3.35 avec une médiane également à 3. Un test de Welch a été réalisé afin de déterminer si les représentations des masseurs-kinésithérapeutes exercent la même influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle.

Le résultats du test de Welch ont révélé qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux valeurs des moyennes. C'est-à-dire que les représentations des masseurs-kinésithérapeutes exercent la même influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle. Autrement dit, $(k \rightarrow e1) = (k \rightarrow e2)$.

➤ Différence d'influence des prescriptions médicales entre e1 et e2

Par la suite, c'est l'influence des prescriptions médicales qui est analysée. Dans un premier temps, une analyse descriptive permet de mettre en avant que les prescriptions médicales ont une influence d'en moyenne 6.65 sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute, avec une médiane qui s'élève à 7. Quant à leur influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute, celle-ci est inférieure, avec une moyenne et une médiane qui sont évaluée respectivement à 4.35 et 4.

Le test de Welch de comparaison de moyenne révèle que l'influence exercée par les prescriptions médicales sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute est significativement

supérieure à l'influence exercée sur l'identité professionnelle. Autrement dit, $(p \rightarrow e1) > (p \rightarrow e2)$.

➤ Différence d'influence de la communication professionnelle entre e1 et e2

Enfin, une analyse statistique permet d'analyser les résultats en lien avec l'influence de la communication professionnelle sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute et sur son identité professionnelle. Précédemment, la communication professionnelle entre ergothérapeute et médecin et la communication entre ergothérapeute et masseurs-kinésithérapeute ont été testés et il a été montré que ces dernières ont une influence statistique égale sur l'identité professionnelle et la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Ainsi, les réponses des trois professionnels de santé ont été prises en compte. Cela signifie que dans cette partie, il s'agit de s'intéresser à l'influence de la communication des ergothérapeutes avec les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Autrement dit, la variable devient : *Ce-m.k.*

Ainsi, l'influence de cette communication sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute a été évaluée à 7.24 avec une médiane de 8. Quant à son influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute, celle-ci a été cotée à 5.53 avec une médiane de 6.

Le test de Welch montre, sans surprise, que les deux moyennes sont statistiquement différentes. Autrement dit, la communication professionnelle a beaucoup plus d'influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle.

4. Discussion

Désormais, les résultats vont être discutés. Une réponse à la question de recherche sera apportée. Par la suite, ces résultats vont être analysés et interprétés au regard de l'enquête exploratoire, la revue de littérature et le cadre conceptuel.

Enfin, le dispositif de recherche sera critiqué.

4.1. Éléments de réponse à la question de recherche

Pour rappel, la question de recherche est : *Quelles sont les représentations du corps médical et des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute en SSR et en quoi ces dernières ont une influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?*

D'abord, il s'agira de définir les représentations des médecins et masseurs-kinésithérapeutes. Ensuite, il sera possible de comprendre en quoi ces représentations ont une influence sur la pratique et sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

4.1.1. Représentations des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute en SSR

Les entretiens qualitatifs avec la médecin et la masseuse-kinésithérapeute ont permis de récolter les informations connues sur le métier d'ergothérapeutes par les autres professionnels de santé. Le constat est que les deux professionnels de santé ont quasiment les mêmes représentations de la pratique de l'ergothérapeute en SSR. Chaque élément qu'ils ont apporté fait réellement parti de la pratique et sont véridiques. Quelques éléments n'ont pas été cités.

Les deux professionnelles de santé interrogées ont cité l'expertise de l'ergothérapeute pour réaliser des bilans centrés sur les membres supérieurs, les préhensions, l'autonomie et les activités de vie quotidienne. La réalisation d'objectifs et de plans d'interventions n'ont été évoqué par aucune d'entre elle. Par la suite, la masseuse-kinésithérapeute décrit l'installation au fauteuil roulant en évoquant la lutte contre la douleur. La médecin évoquera aussi cette lutte, sans aller dans les détails. Concernant la partie de rééducation, l'ergothérapeute est perçu comme celle qui réalise des activités centrées sur le membre supérieur et les préhensions. Aucune des deux n'évoquent les fonctions cognitives, les fonctions neuropsychologiques et les fonctions de l'appareil locomoteur. Dans la partie de réadaptation, la médecin et la masseuse-kinésithérapeute évoquent le conseil, la fabrication ou la commande d'aides techniques au quotidien. Elles parlent aussi toutes les deux des essais, des conseils et de l'aménagement de la prise en charge lors du choix d'un fauteuil roulant. De plus, elles décrivent toutes les deux la transposition du travail acquis dans le centre de rééducation dans les activités de vie quotidiennes. Les visites à domiciles sont également évoquées. Finalement, la partie la mieux décrite de la part des deux professionnelles de santé est le travail de collaboration qu'entretien l'ergothérapeute avec les autres professionnels. Cela paraît normal car c'est une composante de la pratique qu'elles réalisent ensemble. Elles décrivent la participation aux réunions pluridisciplinaires avec l'équipe soignante, médicale et rééducative. La masseuse-kinésithérapeute ajoute les échanges informels qu'elle entretient avec les ergothérapeutes de sa structure.

De manière générale, l'ergothérapeute est perçu par le corps médical et les masseurs-kinésithérapeute comme le professionnel de santé spécialisé dans la rééducation fonctionnelle du membre supérieur et la réadaptation dans les activités de la vie quotidienne. Pour mettre en place sa pratique, il réalise des bilans centrés sur l'autonomie et les préhensions. Il est également spécialiste des aides techniques au déplacement et au quotidien ainsi que de l'aménagement du logement. Les deux professionnels de santé ont la même représentation de la pratique de l'ergothérapeute qui est juste mais qui n'est pas complète.

4.1.2. Influences sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Les représentations des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes exercent des influences différentes sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

Il a été montré que les représentations des médecins sur la pratique de l'ergothérapeute, avec une moyenne de 6.50 sont plutôt influentes dans la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Ces dernières ont significativement plus d'influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle. Cela signifie que les ergothérapeutes apportent plus d'importances aux représentations des médecins dans la mise en place de leurs pratique que dans la construction de leur identité professionnelle. Il existe alors plus d'éléments qui construisent l'identité professionnelle de l'ergothérapeute que la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. A contrario, les représentations des masseurs-kinésithérapeutes ont autant d'influence sur la pratique que sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes. Ces influences sont, toutefois, plutôt faibles, avec des moyennes s'élevant respectivement à 4.24 et 3.35.

En comparant les représentations des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes, il est possible de se rendre compte que les médecins ont significativement plus d'influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que les masseurs-kinésithérapeutes. Toutefois, aucun des deux professionnels de santé n'a plus d'influence que l'autre dans la construction de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

4.2. Interprétation des résultats

Les résultats ont été interprétés selon la revue de littérature, l'enquête exploratoire et le cadre conceptuel. Un schéma synthétiques de toutes les informations qui ont été apprises a été réalisé. Ce schéma sert à comprendre avec quels éléments se construit l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.



Le schéma avec les détails est disponible en Annexe 13.

Les parties qui suivent expliquent le schéma formulé et l'interprètent en fonction de la revue de littérature, de l'enquête exploratoire et du cadre conceptuel.

4.1.1. La pratique professionnelle de l'ergothérapeute en SSR

La pratique professionnelle des ergothérapeute a été analysée lors de la revue de littérature, de l'enquête exploratoire et lors de la recherche.

La pratique professionnelle est construite, dans un premier temps avec la formation au sein d'un IFE. Les cours se basent sur un référentiel de compétences précis. Les théories et concepts en ergothérapie y sont appris, en plus des connaissances biomédicales relatives à la pratique en rééducation et réadaptation. En complément des cours théoriques, les étudiants en ergothérapie réalisent des stages pratiques dans plusieurs structures différentes.

Concrètement, la pratique de l'ergothérapeute en SSR se base sur plusieurs phases, qui suivent globalement l'ordre des compétences relatives au Diplôme d'Etat.

A la suite de la réception d'une prescription médicale, l'ergothérapeute réalise un premier entretien et des évaluations. L'ergothérapeute s'intéresse aux obstacles et aux facilitateurs de la personne dans ses activités de vie quotidienne. Il choisit les bilans en liens avec la pathologie du patient, parfois, certains bilans sont demandés directement dans les prescriptions médicales. L'ergothérapeute est apte à réaliser plusieurs types de bilans et d'évaluations : les évaluations des membres supérieurs comprenant les bilans des préhensions, des sensibilités, de la force, de mobilité articulaire et des bilans cutanés ; les évaluations cognitives ; les évaluations

neuropsychologiques ; les bilans d'autonomie comprenant des bilans fonctionnels, des bilans des activités quotidiennes et des mises en situations ; des évaluations de l'appareil locomoteurs comme des évaluations de l'équilibre et des évaluations de la marche. L'ergothérapeute met en place des objectifs de prise en soins. Ils sont influencés par la demande du patient et par l'expertise de l'ergothérapeute.

L'ergothérapeute met en place des actions favorisant le bien-être, la qualité de vie, le confort, l'installation. Il agit contre la douleur. Pour réaliser cela, l'ergothérapeute possède des compétences précises. Il est apte à réaliser des orthèses, des mousses ou tous types d'installations permettant de limiter les douleurs ou limitations corporelles. Il possède une connaissance des aides techniques au déplacement lui permettant de choisir du matériel adapté et adaptable pour le patient et sa situation de handicap. L'ergothérapeute imagine et met en place des activités de rééducation. Il est apte à réaliser une rééducation analytique et fonctionnelle. Parfois, les activités de rééducation peuvent faire intervenir le virtuel avec des machines robotisées spécialisées dans le domaine de la rééducation. L'ergothérapeute peut également agir dans le domaine de la réadaptation, il est chargé de réaliser les visites à domicile, le transfert des méthodes apprises en rééducation dans les activités de vie quotidiennes, le choix et le conseil d'aides techniques.

4.1.2. L'environnement social de l'ergothérapeute en SSR.

La pratique professionnelle de l'ergothérapeute est rythmée par la collaboration et par son environnement social.

La socialisation, concept clé constructeur de l'identité personnelle est également un élément qui participe à la construction d'une identité professionnelle. En se basant sur une vision de la pratique en SSR de l'ergothérapeute, la construction de son identité professionnelle commence dès sa formation. Les formateurs, les intervenants, les camarades de classes, les tuteurs et rencontres professionnelles durant les stages participent à la construction de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

La collaboration étant une compétence de l'ergothérapeute, s'inscrit comme une composante dans la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. En service de réadaptation, l'ergothérapeute entretient une collaboration avec les autres professionnels de santé. Les professionnels de santé sont, tout le long de la prise en charge d'un patient, en communication constante. Cette communication professionnelle est organisée par l'institution via des réunions pluridisciplinaires. Ces réunions sont utiles pour avoir une vision globale des soins du patient,

cela permet à tous les professionnels de santé d'apporter leur expertise afin d'apporter des soins adaptés pour le patient. Les professionnels de santé échangent également beaucoup de manière informelle. Cette communication professionnelle est fondamentale et exerce une importante influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute mais également sur son identité professionnelle.

De plus, l'ergothérapeute entretient une relation de collaboration et de confiance avec le patient. Cette relation analysée fait partie des valeurs de l'ergothérapeute, transmises dès la formation et les stages et qui promeut la confiance mutuelle et l'approche centrée sur la personne. Le cadre conceptuel informe également que la socialisation et la relation avec le patient influence l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

La recherche met également la lumière sur l'influence des représentations des autres sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Bien que les représentations n'aient pas la même influence en fonction du professionnel de santé, ces dernières rentrent bel et bien en jeu dans la construction identitaire de l'ergothérapeute.

4.1.3. L'ergothérapeute en SSR

Le cadre conceptuel indique également l'idée que l'ergothérapeute, la personne qui exerce l'ergothérapie a elle-même de l'influence dans la construction de sa propre identité professionnelle. En effet, l'identité professionnelle est construite à la suite et à l'aide d'une identité personnelle en constante évolution.

L'étudiant puis le professionnel de santé possède ses propres valeurs personnelles. Par le biais de la formation et de la pratique, de nouvelles valeurs se construisent, devenant des valeurs professionnelles. Ces dernières ont une grande influence dans la pratique professionnelle de l'ergothérapeute.

Le vécu de la pratique professionnelle, la manière dont l'ergothérapeute perçoit sa propre pratique rentre également en jeu dans sa construction identitaire.

4.3. Critique du dispositif de recherche

Malgré l'analyse des biais et la mise en place de techniques afin de réduire leurs effets, plusieurs sont tout de même ressortis.

4.3.1. Critique de l'outil qualitatif

Dans un premier temps, 3 entretiens ont été réalisés. Ces derniers répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche. Toutefois, les représentations de 3 professionnels de santé ne sont pas représentatives de la réalité et ne sont pas généralisable auprès de toute la population des ergothérapeutes, des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes. La passation d'un plus grand nombre d'entretien aurait permis d'avoir une idée plus globale des représentations des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes.

De plus, il existe un manque d'expérience de la part du chercheur dans la passation des entretiens. En effet, ces derniers peuvent toujours être améliorés et plus le chercheur réalise des entretiens, plus leur qualité est observable. Il est même possible de voir une évolution avec les trois entretiens réalisés en fonction de l'ordre dans lequel ces derniers ont été réalisés (K1 en premier, puis M1 et enfin E1).

4.3.2. Critique de l'outil quantitatif

L'outil quantitatif possède également des biais qui n'ont pas pu être évités. Malgré l'envoi de nombreux mails et la diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux, le nombre de répondants à la recherche n'est pas suffisant. En effet, le total des réponses atteint 38 répondants. Lorsque la population est divisée en trois et analysée en fonction des professions de chacun, ce nombre diminue et offre une faible représentations de tous les professionnels de santé. Les tests de comparaisons des moyennes ont pu être biaisés en lien avec le faible nombre de répondants, mettant en lumière des comparaisons qui ne sont peut-être pas représentatives de la réalité.

4.3.4. Perspective de recherche à partir des résultats

En lien avec les biais de l'outil quantitatif, il conviendrait de formuler des hypothèses pour une future recherche. En effet, le faible nombre de participant ne permet pas de valider complètement les hypothèses et résultats formulées lors de l'enquête quantitative. Il s'agirait alors de rechercher si les résultats sont les mêmes en questionnant un plus grand nombre de participants.

Les hypothèses possible pourraient être :

- Les représentations des médecins ont plus d'influence sur la pratique de l'ergothérapeute que les représentations des masseurs-kinésithérapeutes.

- La communication professionnelle avec les médecins a autant d'influence sur la pratique de l'ergothérapeute que la communication professionnelle avec les masseurs-kinésithérapeutes.
- La communication professionnelle, les prescriptions médicales et les représentations des médecins ont plus d'influence sur la pratique de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle.
- Les représentations des masseurs-kinésithérapeutes ont autant d'influence sur la pratique de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle.

Après validation, ou non, de ces hypothèses, il serait également possible de réaliser une enquête qualitative questionnant : pourquoi ? Quel est l'avis des ergothérapeutes sur ces hypothèses et comment les expliquent-ils ?

Il est également possible d'élargir cette recherche aux autres variables qui ont été identifiées dans les recherches documentaires et qui construisent l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Il s'agirait de questionner les ergothérapeutes sur l'importance qu'ils donnent aux valeurs professionnelles, à la formation professionnelle et à l'application de leurs compétences dans la pratique. Il serait également intéressant de questionner le vécu de leur propre pratique.

De plus, ce travail ne s'intéresse qu'aux ergothérapeutes agissant en structure de réadaptation et ne s'étend pas aux autres domaines de pratique de l'ergothérapie. Les résultats auraient pu être différents en fonction des autres structures dans lesquelles l'ergothérapeute intervient. Il serait particulièrement intéressant d'élargir le sujet et de questionner la construction de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en général, dans toutes les structures. Est-ce que les mêmes résultats apparaîtraient ou d'autres variables entrent en jeu ?

Il en est de même pour les autres professionnels de santé qui travaillent en collaboration avec l'ergothérapeute. Il en existe une multitude et ici, seulement les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes ont été interrogés. Il serait intéressant d'élargir la recherche auprès de tous les professionnels de santé qui gravitent autour de l'ergothérapeute et de questionner leur influence. Ont-ils la même influence sur le masseur-kinésithérapeute ou le médecin ?

4.3.5. Apports et intérêts pour la pratique des résultats

Plusieurs ergothérapeutes et professionnels de santé ont montré un certain intérêt pour ce sujet de recherche. Cela montre que la problématique identifiée est socialement vive. Ce questionnement s'inscrit comme fondamental dans la pratique de n'importe quel thérapeute.

Ce travail a permis de comprendre en profondeur la notion d'identité professionnelle de l'ergothérapeute et d'y appliquer un schéma clair. L'ergothérapeute évolue, de sa formation jusqu'à l'insertion dans le milieu professionnel et se construit dans une dynamique de soins rythmée par le travail d'équipe.

La recherche a également permis de comprendre les enjeux de la collaboration et de la communication professionnelle au sein d'un service de réadaptation. En effet celle-ci était perçue, au départ, comme un moyen de mettre en place la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. A l'issue de ce mémoire, il est mis en lumière que ces dernières font concrètement partie de la pratique professionnelle des ergothérapeutes et s'inscrit comme fondamentale dans une prise en soin pluridisciplinaire.

5. Conclusion

Ce travail de longue haleine est le résultat d'un an et demi de recherche mais également de trois ans de quête identitaire.

En effet, ce mémoire de fin d'étude m'a apporté de nombreux bienfaits professionnels mais aussi personnels. Participant à l'élaboration de mon identité personnelle et professionnelle, j'ai beaucoup apprécié le travail de recherche. J'ai été étonnée d'apprécier la rigueur et la discipline apportées par ce travail. Enrichie par la recherche documentaire et les échanges avec les professionnels de santé, j'ai été réconciliée avec l'ergothérapie et ai découvert une passion pour la recherche scientifique. J'ai pu mettre des mots sur mes ressentis personnels et professionnels. Rechercher concrètement les éléments qui me permettent de construire ma propre identité professionnelle. J'ai pu comprendre pourquoi je n'avais pas d'identité professionnelle et comment faire en sorte que celle-ci puisse être mise en place de la meilleure des façons. J'ai finalement assimilé le sens des actions des ergothérapeutes et compris quelle est l'ergothérapeute que je souhaite devenir.

Bibliographie

1. RÉÉDUCATION : Définition de RÉÉDUCATION [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9%C3%A9ducation>
2. La rééducation : qu'est-ce que c'est ? [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. 2016 [cité 15 août 2021]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/specialites-medicales/Fiche.aspx?doc=reeducation>
3. Handicap, des mots pour le dire, des idées pour agir - broché - Claude Hamonet, M. DE Jouvencel - Achat Livre | fnac [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a1646401/Claude-Hamonet-Handicap-des-mots-pour-le-dire-des-idees-pour-agir>
4. Ergothérapie : définition de « ergothérapie » [Internet]. La langue française. [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/ergotherapie>
5. Définitions : travail, travaux - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/travail/79284>
6. Définition de l'ergothérapie par l'ANFE [Internet]. BDP Ergothérapie. [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: <http://bdpergothérapie.fr/ergotherapeute/>
7. Hernandez H. L'ergothérapie, une profession de réadaptation. J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. déc 2010;30(4):194-7.
8. KINÉSITHÉRAPIE : Etymologie de KINÉSITHÉRAPIE [Internet]. [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/kin%C3%A9sith%C3%A9rapie>
9. Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879 oct 8, 1996.
10. Logeay MC. Rôles de la kinésithérapie et de l'ergothérapie lors d'une prise en charge rééducative. :40.
11. La kiné en chiffres - Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs [Internet]. [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.ffmkr.org/pratique-professionnelle/masso-kinesitherapie-ref79/definition>
12. Section 1 : Actes professionnels. (Article R4331-1) - Légifrance [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190626/2021-01-15/>
13. Jacquemart-Bergeau H. COMPETENCES PARTAGEES ET SPECIFIQUES DES PROFESSIONNELS DE REEDUCATION : Stratégie et perspectives managériales pour le Directeur des Soins. 2005;82.

14. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031127778>
15. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Légifrance [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/#:~:text=Le%20dipl%C3%B4me%20d'Etat%20d'ergoth%C3%A9rapeute%20s'obtient%20par,pour%20l'enseignement%20en%20stage.>
16. Formation — La réingénierie de la formation initiale d'ergothérapeute s'ouvrira au printemps prochain. HOSPIMEDIA [Internet]. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20211215-formation-la-reingenierie-de-la-formation-initiale-d>
17. Politique de santé — Le ministère répond au rapport Broussy par un ... - HOSPIMEDIA [Internet]. [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210526-politique-de-sante-le-ministere-repond-au-rapport>
18. Beaulieu CL, Dijkers MP, Barrett RS, Horn SD, Giuffrida CG, Timpson ML, et al. Occupational, Physical, and Speech Therapy Treatment Activities During Inpatient Rehabilitation for Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* août 2015;96(8):S222-S234.e17.
19. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. *Rev Rhum.* mars 2002;69(3):338-43.
20. Musnier A, Moriconi C. Kinésithérapie et ergothérapie dans la rééducation des brûlés adultes à la phase post-critique. :10.
21. Dumitrache A, Sanchez K, Esnouf S, Roren A, Vidal J, Rannou F, et al. Rééducation de la main en pathologies médicale et chirurgicale : ergothérapie, orthèse et kinésithérapie. *Presse Médicale.* déc 2013;42(12):1632-49.
22. Rains J, Chee N. The role of occupational and physiotherapy in multi-modal approach to tackling delirium in the intensive care. *J Intensive Care Soc.* nov 2017;18(4):318-22.
23. IDENTITÉ : Etymologie de IDENTITÉ [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/identit%C3%A9>
24. Collectifs, Gayon J. L'identité: Dictionnaire encyclopédique. Paris: FOLIO ESSAIS; 2020. 848 p.
25. Définitions : identité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420>
26. La question philosophique de l'identité personnelle | Cairn.info [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/identites--9782361063283-page-15.htm>

27. Locke J. Essai sur l'entendement humain. Paris: Le Livre de Poche; 2009. 1120 p.
28. ERVING G. La mise en scène de la vie quotidienne 1 : La présentation de soi. Paris: Les Editions de Minuit; 1973. 256 p.
29. Goffman E. Encounters; Two Studies in the Sociology of Interaction. Mansfield Centre, Conn: Martino Fine Books; 2013. 154 p.
30. Durkheim É. De la division du travail social. 468 p.
31. Barbier JM. Vocabulaire d'analyse des activités: Penser les conceptualisations ordinaires. \$ {number}nd édition. Presses Universitaires de France; 2017. 213 p.
32. Blin JF. REPRESENTATIONS, PRATIQUES ET IDENTITES PROFESSIONNELLES. Editions L'Harmattan; 1997. 224 p.
33. Drolet MJ, Désormeaux-Moreau M, Thiébeau Samson S. Mettre en oeuvre les valeurs fondamentales de l'identité professionnelle des ergothérapeutes : résultats d'une enquête. avr 2021;81:17-26.
34. Drolet MJ, Désormeaux-Moreau M. Valeurs liées à la profession d'ergothérapeute : les répertoire pour les définir. 2019;86(1):8-18.
35. Définitions : équipe - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9quipe/30690>
36. Abrami P, Chambers B, Poulsen C, Simone C de, Collectif. L'apprentissage coopératif: Théories, méthodes, activités. Montréal: Cheneliere/mcgraw-Hill; 2000. 233 p.
37. Formarier M. Équipe, travail en équipe [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-180.htm>
38. Mucchielli R. Le travail en équipe: Clés pour une meilleure efficacité collective. Paris: ESF Editeur; 2019. 203 p.
39. Couchaere MJ. Travailler en équipe. Paris: ELLIPSES; 2006. 141 p.
40. Chapitre 2 - Différentes manières d'appréhender la communication | Cairn.info [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/anthropologie-des-pratiques-langagieres--9782200287788-page-43.htm>
41. La communication, un outil de travail et de socialisation - EM Premium [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/297870/resultatrecherche/2>
42. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent, Québec: PEARSON; 2005. 864 p.
43. EYMARD. INITIATION A LA RECHERCHES EN SOINS ET SANTE. Rueil-Malmaison: LAMARRE EDITION; 2003. 244 p.

44. L'entretien de recherche : définition, utilisation, types et exemples [Internet]. Scribbr. 2019 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>
45. Chabal S. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. CEDIP; 2014 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
46. Gouvernement du Canada B du vérificateur général du C. Partie 7 : Avantages et inconvénients de diverses méthodes de collecte des données auprès d'individus [Internet]. 2007 [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/meth_gde_f_19728.html
47. Levy C, Rybak A, Cohen R, Jung C. La loi Jardé, un nouvel encadrement législatif pour une simplification de la recherche clinique ? 571-7, 24(6) juin, 2017.
48. Test t pour échantillons indépendants | [Internet]. [cité 16 mai 2022]. Disponible sur: <https://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/test-t-pour-echantillons-independants/>
49. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
50. Bourguignon et al. - 80 propositions pour un nouveau Pacte entre généra.pdf [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2021-05/Rapport%20Broussy%20-%20Mai%202021.pdf>

Annexes

Annexe 1 : L'évolution du métier d'ergothérapeute éclairé par les politiques de santé actuelles

L'ergothérapie est un métier en mouvement qui évolue de plus en plus et qui vise à être valorisé. Pour mieux comprendre l'essor du métier d'ergothérapeute, il s'agit de se plonger dans les politiques de santé actuelles.

Le plan Santé 2022 du gouvernement annoncé le 13 février 2018 par le Président de la République met en avant que le système de santé actuel est inadapté et inégalitaire (49). Il est expliqué dans un premier temps que celui-ci ne répond pas à l'attente des patients. Ces derniers ont des difficultés à obtenir des rendez-vous médicaux en cas de besoin et cela est majoré dans certaines zones, « les déserts médicaux » où certaines personnes n'ont pas de médecins traitants. Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques demande davantage de coordination entre les professionnels de santé et celle-ci est insuffisante. Les patients doivent souvent réaliser eux-mêmes travail d'organisation et de planification des rendez-vous et des examens seuls. Cela entraîne un mécontentement général des professionnels de santé qui vivent une hausse des charges administratives, un manque de temps pour soigner, une non reconnaissance des efforts et de l'implication collective et individuelle. De plus, pour la plupart des professionnels de santé, ils n'ont pas de perspective d'évolution dans leurs carrières. La politique de santé actuelle vit alors des tensions financières croissantes. La fréquence et la hausse des actes inutiles, des prescriptions redondantes, pas utilisées ou les parcours de soins abandonnés ou désorganisés posent problème. La volonté actuelle est de garantir un accès à la santé pour tous en prenant en compte l'essor des nouvelles technologies et techniques, qui entraînent un coût plus élevé.

À la suite de ces annonces, un rapport a été remis au ministère de la santé, qui s'est chargé de mettre en avant trois engagements prioritaires dans le but de mener à bien le plan Santé 2022 :

- Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la priorité de la réforme.
- Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-sociale et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité.
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

Le dernier point nous intéresse particulièrement. Repenser les métiers de la santé et la formation des professionnels de santé est un moyen qui réponds à un objectif : libérer du temps médical pour répondre aux problématiques d'accès aux soins. C'est-à-dire, redonner du temps aux médecins pour leur permettre de se concentrer au cœur de leur prise en soins et de leurs missions : soigner les patients et coordonner leurs parcours. Avec cet objectif en tête, plusieurs propositions ont été pensées. Dans un premier temps, il y a une création actuelle d'une nouvelle fonction médicale : les assistants médicaux. Ce nouveau métier permettra au médecins de déléguer certaines de leurs tâches vers d'autres professionnels. De façon plus générale, il s'agit d'élargir les compétences de certains professionnels paramédicaux. Par exemple, pour la vaccination, dans le cadre de la crise sanitaire liée à la covid 19, de nombreux professionnels de santé ont été formés pour réaliser la vaccination. Le but est d'élargir encore ces démarches pour mettre en avant et valoriser le fait que certains professionnels de santé ont d'ores et déjà élargit leurs pratiques.

Dernièrement, la Cour des Comptes s'est intéressée à la politique actuelle de prévention contre la perte d'autonomie et d'indépendance des personnes âgées et vulnérables. Cette dernière recommande un appel plus régulier à des ergothérapeutes pour réaliser une évaluation des besoins, des situations de handicap, des activités quotidiennes et d'évaluer quels sont les équipements nécessaires et adaptées (17).

Le rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique élaboré par Luc Broussy en mai 2021 s'intéresse aux activités et à la pratique des ergothérapeutes. Au sein de celui-ci, nous retrouvons plusieurs propositions interministérielles qui ont comme objectifs d'améliorer les politiques de santé et de services proposés aux personnes âgées et vulnérables (50). La proposition 23 propose d'intégrer un volet numérique dans toutes les adaptation des logements pour les personnes en situation de handicap et intègre la pratique de l'ergothérapeute en évoquant l'importance des bilans ergothérapiques. L'intégration automatique des évaluations des ergothérapeutes dans l'adaptation d'un logement via des budgets spécialisés sont évoqués dans les propositions 26, 27 et 38. La pratique de l'ergothérapeute est en effet mise en avant en évoquant ses compétences sur les évaluations du quotidien et des projets de vie des personnes en situation de handicap. L'ouverture de plusieurs postes en ergothérapie induit la proposition 39 qui informe l'objectif de doubler le nombre d'ergothérapeute d'ici 2030. La proposition 55 propose de créer 12

quartiers inclusifs, qui ont été sélectionnés en 2021 et d'inclure, dans chaque projet de rénovation urbaine un ou plusieurs ergothérapeutes. Enfin, la proposition 40 élargit le champ de compétence des ergothérapeute et valorise leurs pratiques en proposant une ouverture du droit de prescriptions des aides techniques aux ergothérapeutes : « Il y a en effet une aberration à ce que ces professionnels soient en capacité d'étudier, de concevoir et d'aménager l'environnement pour le rendre facilitant et accessible sans avoir la capacité de prescrire des aides inscrites à la LPPR². Les médecins ont cette capacité mais ce ne sont pas eux qui évaluent le cadre de vie de la personne âgée. Telle est la mission de l'ergothérapeute qui lui ... n'a pas le droit de prescrire. ».

À la suite des orthophonistes et des masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes ont des chances de pouvoir avoir leur formation initiale repensée par un modèle en cinq années d'études (16). C'est effectivement l'objectif de l'UNAE³ et de l'ANFE⁴. Le communiqué du 5 décembre 2021, l'UNAE confirme que « en moyenne, un étudiant réalise 50 heures de cours hebdomadaire durant sa formation de 3 ans, sans compter le temps de travail supplémentaire ». L'UNAE ajoute que la plupart des étudiants souhaitent « augmenter leur temps d'étude pour développer leurs compétences et leurs savoirs ainsi que gagner en reconnaissance interprofessionnelle, internationale et salariale. ».

² LPPR : Liste des Prestations et Produits Remboursables (par la sécurité sociale)

³ UNAE : Union Nationale des Associations des Étudiants en Ergothérapie

⁴ ANFE : Association Nationale de Française des Ergothérapeutes

Annexe 2 : Référenciel de compétences relatives au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

DIPLOME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Compétences (1)

1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle (2) ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

COMPÉTENCES DÉTAILLÉES

Compétence 1

Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique

1. Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne et de son entourage ou d'un groupe de personnes, dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social.
2. Intégrer et appliquer les connaissances pertinentes émergeant des sciences biomédicales, des sciences humaines, des sciences de l'activité humaine et des technologies, en relation avec les théories de l'activité et de la participation.
3. Conduire un entretien visant au recueil d'informations.
4. Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention.
5. Évaluer les intégrités, les lésions, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie.
6. Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel.
7. Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé.
8. Élaborer et formuler un diagnostic ergothérapeutique prenant en compte la complexité de la situation de handicap.
9. Assurer la traçabilité des éléments recueillis dans le dossier du patient.

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement

1. Analyser les éléments de la prescription médicale, le cas échéant, et du diagnostic ergothérapeutique en sélectionnant les éléments utiles à l'intervention ergothérapeutique.
2. Choisir un modèle d'intervention ergothérapeutique et sélectionner des techniques pertinentes afin de satisfaire les besoins d'activité et de santé des individus et des populations.
3. Formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne.
4. Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psycho-sociales et environnementales de l'activité.
5. Élaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapeutique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de la synthèse de l'activité.
6. Concevoir des mises en situation écologique permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie.
7. Adapter le plan d'intervention avec la personne, son entourage, et l'équipe de professionnels en respectant les différences individuelles, les croyances culturelles, les coutumes et leur influence sur l'activité et l'implication sociale.
8. Prévoir les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités et identifier les modalités d'adaptation de l'environnement.
9. Évaluer les besoins en aides humaines et animalières, et argumenter les attributions de moyens correspondants.
10. Élaborer un cahier des charges répondant au projet d'intervention en ergothérapie et le faire évoluer.
11. Préconiser des adaptations et des aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement, pour promouvoir le droit à l'implication sociale.
12. Identifier les risques liés aux interventions et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées.
13. Formaliser un suivi à distance du projet et des interventions en ergothérapie.

Compétence 3

Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie

1. Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne, du contexte et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité.
2. Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes.
3. Installer la personne de façon appropriée et ergonomique.
4. Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité.
5. Évaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité.
6. Mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels :
 - techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel ;
 - techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration motrice, cognitivo-sensorielle et relationnelle, de facilitation neuro-motrice, techniques cognitivo-comportementales et de stimulation cognitive ;
 - techniques de guidance et d'accompagnement ;
 - techniques de compensation et de remédiation.
7. Identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie.
8. Utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et à l'endurance.
9. Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique.
10. Conduire une relation d'aide thérapeutique comme base du processus d'intervention en ergothérapie.
11. Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial, professionnel, éducatif et social.
12. Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité.

Compétence 4

Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques

1. Préconiser des adaptations, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques, et aménager l'environnement en conséquence pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement.
2. Concevoir l'orthèse provisoire, extemporanée, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, appropriée selon la prescription médicale et en tenant compte de la synthèse des informations contenues dans le dossier du patient et du diagnostic ergothérapeutique.
3. Choisir les matériels et matériaux requis pour l'intervention ergothérapeutique.
4. Installer confortablement la personne en vue de la fabrication de l'orthèse provisoire et mettre en place des éléments propres à la protection des téguments, à la sécurité et au confort.
5. Identifier les étapes de la réalisation des orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique et les fabriquer sans utiliser la technique du moulage, et adapter les orthèses de série ou provisoires et les aides techniques.
6. Évaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage, des aides techniques et des assistances technologiques et s'assurer de leur innocuité, notamment en situation d'activité.
7. Expliquer à la personne et à son entourage les buts, la réalisation, la surveillance, la maintenance, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage orthétique ou prothétique et de l'aide technique ou animalière et de l'assistance technologique.
8. Sélectionner et préconiser les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques en tenant compte du recueil d'information, de l'entretien, des évaluations préalables, et du projet de la personne et de l'avis de l'équipe médicale impliquée dans le suivi.

Compétence 5

Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique

1. Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, y compris les attentes non verbalisées et repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes en vue de la mise en œuvre d'activités éducatives.
2. Adapter son comportement et sa pratique professionnelle à la fois à la personne ou au groupe de personnes et à l'entourage.
3. Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé.
4. Communiquer et développer des relations afin de soutenir la personne ou le groupe de personnes dans l'expression des besoins de santé.
5. Acquérir et développer une posture éducative notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne ou le groupe de personnes.
6. Concevoir et formaliser des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins d'activité et de participation de la population ciblée et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de l'état de santé.
7. Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives, en utilisant des techniques et des outils pédagogiques pertinents qui facilitent l'acquisition des compétences et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage dans des activités signifiantes et significatives.
8. Accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines.
9. Évaluer la démarche éducative et ses effets et apporter en conséquence des ajustements.
10. Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de l'état pathologique de la personne.
11. Conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leurs savoir-faire afin de faciliter l'activité et la participation sociale.
12. Collaborer avec différents groupes sociaux à la promotion de la santé et du bien-être de leurs membres par le biais de leur engagement dans des activités signifiantes et significatives.

Compétence 6

Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie

1. Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation.
2. Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes.
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique.
4. Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes de personnes en favorisant l'expression de chacun.
5. Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe de personnes, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique.

Compétence 7

Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle

1. Analyser sa pratique professionnelle au regard des valeurs professionnelles, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique et de la culture des personnes concernées.
2. Évaluer les interventions en ergothérapie en fonction de la réglementation, des recommandations, des principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène, de traçabilité, et au regard des résultats de la recherche scientifique et de la satisfaction des bénéficiaires.
3. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse et de l'évaluation et selon la démarche qualité.
4. Développer une pratique visant à promouvoir les droits à la participation sociale liée à l'évolution de sciences et des techniques et analysée au regard d'une étude bénéfiques/risques.
5. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels afin de s'assurer que l'accent est mis sur l'activité, la performance dans les activités et la participation.
6. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'ergothérapie.

Compétence 8

Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

1. Conduire une recherche documentaire et bibliographique en exploitant les bases de données et les réseaux locaux, nationaux et internationaux.
2. Sélectionner, analyser, critiquer et synthétiser les documents professionnels et scientifiques et organiser sa propre documentation professionnelle.
3. Repérer les résultats de la recherche permettant d'argumenter une pratique fondée sur les preuves, garantissant une pratique actualisée et pertinente pour le client.
4. Formaliser et rédiger les procédures, protocoles et préconisations en ergothérapie à partir de la recherche documentaire.
5. Identifier les besoins de recherche relatifs à l'activité, l'ergothérapie et/ou la science de l'activité humaine et formuler des questions de recherche pertinentes.
6. Concevoir et conduire des études et travaux de recherche en équipe dans les domaines de l'ergothérapie et de la santé, en tenant compte des aspects éthiques dans un objectif d'amélioration de la qualité des prestations.
7. Élaborer des documents professionnels en vue de communication orale et écrite.

Compétence 9

Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs

1. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et avec les différents acteurs, notamment médicaux, dans le cadre de son champ professionnel, dans le but d'optimiser la qualité de l'intervention sanitaire et médico-sociale, et afin de faciliter l'activité et l'implication sociale.
2. Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents.
3. Comprendre et appliquer les principes de gestion à leur lieu d'exercice professionnel incluant l'évaluation des coûts, l'administration des ressources et de l'équipement et la mise en place de programmes en ergothérapie.
4. Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie.
5. Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission selon les procédures, normes et réglementations en vigueur.
6. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique et choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités thérapeutiques.
7. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels.
8. Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités.
9. Évaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre.

Compétence 10

Former et informer

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire ou d'un nouvel arrivant professionnel dans le service ou la structure.
2. Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation.
3. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique.
4. Organiser des situations d'apprentissage pour les stagiaires.
5. Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.
6. Communiquer sur sa profession en vue de valoriser son activité en expliquant les relations entre la performance dans les activités, la santé et le bien-être.
7. Prendre un rôle actif dans le développement, l'amélioration et la promotion de l'ergothérapie en s'appuyant sur les concepts théoriques de l'ergothérapie et plus spécifiquement le besoin d'agir des êtres humains et leurs performances dans les activités.

Annexe 3 : Référentiel de compétences relatives au Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

DIPLOME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Référentiel de compétences

Compétences

1. Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique
2. Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation
3. Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage
4. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie
5. Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie
6. Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie
7. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
9. Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources
10. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs
11. Informer et former les professionnels et les personnes en formation

COMPÉTENCES DÉTAILLÉES

Compétences 1

Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique

1. Apprécier dès la prise de contact le degré d'urgence et la gravité d'un trouble à partir des éléments et des moyens à disposition du masseur-kinésithérapeute, ainsi que les risques inhérents à une prise en charge en masso-kinésithérapie.
2. Repérer et analyser la plainte et les attentes du patient et/ou de son représentant légal ou le tiers de confiance.
3. Rechercher, analyser et interpréter les différentes catégories de données nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic kinésithérapique.
4. Adapter le questionnement anamnestique aux hypothèses induites par les informations collectées auprès du patient.
5. Élaborer une démarche diagnostique à partir des éléments recueillis au cours de l'entretien relatif à la plainte et à l'anamnèse.

6. Identifier les étapes, les modalités et les outils nécessaires à la réalisation du bilan masso-kinésithérapique et les éléments d'information indispensables pour analyser la situation du patient.
7. Organiser, planifier et réaliser le bilan masso-kinésithérapique et le bilan d'évolution.
8. Explorer les structures et les fonctions : observer, palper, mesurer des paramètres biométriques, physiologiques en utilisant les tests et outils appropriés.
9. Structurer, hiérarchiser, synthétiser et interpréter les informations pour résoudre des situations complexes.
10. Émettre une ou plusieurs hypothèses diagnostiques à partir de la synthèse des informations collectées et des éléments perçus au cours de la rencontre.
11. Compléter et/ou réorienter l'évaluation en cours de bilan, si nécessaire, en fonction de ces hypothèses formulées.
12. Élaborer un diagnostic kinésithérapique précisant le type de difficulté, dysfonctionnement, déficience, leur spécificité ou non et leur évolution probable à partir du relevé des capacités du patient et du degré de sévérité de ses difficultés/dysfonctionnements et en sélectionnant les terminologies adéquates parmi les termes diagnostiques en usage en masso-kinésithérapie.
13. Réaliser un diagnostic kinésithérapique s'appuyant notamment sur un diagnostic différentiel.
14. Émettre et réajuster un pronostic kinésithérapique à partir du diagnostic réalisé, de la difficulté ou du disfonctionnement constaté, son degré de sévérité, des hypothèses d'évolution probable des troubles et des effets attendus de l'intervention en masso-kinésithérapie.
15. Évaluer la pertinence de l'intervention en masso-kinésithérapie.
16. Rédiger un compte rendu du bilan masso-kinésithérapique en respectant la réglementation en vigueur.

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation

1. Élaborer une stratégie d'intervention, définir et hiérarchiser à court, moyen et long terme les objectifs thérapeutiques en fonction des résultats du bilan masso-kinésithérapique, des besoins et des demandes du patient.
 2. Prévoir les mesures appropriées dans le champ de la masso-kinésithérapie en situation d'urgence ou de crise, en référence aux normes et protocoles existants.
 3. Identifier les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un projet thérapeutique construit en accord avec le patient ou son entourage.
 4. Identifier et mesurer les obstacles à la mise en œuvre du projet thérapeutique et définir les solutions envisageables.
 5. Définir le calendrier et les modalités de mise en œuvre du projet thérapeutique.
 6. Déterminer les matériels, équipements et locaux nécessaires à l'intervention en masso-kinésithérapie.
 7. Sélectionner les méthodes thérapeutiques, systèmes de facilitation, compensation, aides techniques et humaines, systèmes alternatifs, adaptés aux besoins et aux demandes du patient et/ou de son entourage.
 8. Identifier, proposer et définir des adaptations et aménagements dans le champ de la masso-kinésithérapie permettant d'améliorer la sécurité, la qualité de vie, l'autonomie du patient et de son entourage.
9. Identifier les interventions à conduire auprès du patient et/ou de son entourage dans le cadre du projet thérapeutique en tenant compte du projet individuel du patient, de ses capacités de compréhension, d'investissement et d'appropriation.
 10. Identifier les professionnels concernés par la mise en œuvre du projet thérapeutique.
 11. Définir les critères, les échéances, les outils d'évaluation permettant un suivi du patient à partir des axes thérapeutiques choisis.
 12. Formaliser par écrit le projet thérapeutique en masso-kinésithérapie en argumentant ses choix et ses pratiques.
 13. Évaluer l'état du patient, de son environnement et leurs évolutions tout au long du projet thérapeutique.
 14. Analyser les écarts avec les résultats attendus et réajuster le projet thérapeutique en conséquence.
 15. Créer et utiliser des outils de transmission de l'information avec les partenaires et les acteurs concourant au soin des personnes.

Compétence 3

Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage

1. Intégrer les politiques de santé et les priorités de santé publique dans sa pratique professionnelle, et proposer des démarches de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage.
2. Placer le patient en qualité de coauteur, de codécideur des objectifs, des moyens de soins et de gestion de sa santé.
3. Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour élaborer des objectifs partagés avec le patient et/ou son entourage.
4. Conduire une démarche d'éducation thérapeutique ou d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage à partir d'un diagnostic éducatif, en identifiant les besoins d'apprentissage du patient, des personnes et des groupes et les actions à entreprendre.
5. Concevoir, choisir et utiliser des outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie, particulièrement dans le cadre des maladies chroniques.
6. Intégrer et coordonner ses actions éducatives dans le cadre de programmes pluridisciplinaires avec les partenaires de santé.
7. Évaluer les effets de la démarche d'éducation thérapeutique, d'éducation, de prévention ou de dépistage et définir et mettre en œuvre les réajustements nécessaires.
8. Concevoir des protocoles kinésithérapiques dans le cadre de la prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des pathologies chroniques, des polyopathologies ou pathologies complexes.
9. Dépister et prévenir des problèmes de santé dans le champ de la masso-kinésithérapie, repérer et analyser les situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne ou des groupes de personnes.
10. Élaborer et organiser des actions de prévention, dépistage, conseils et formation de populations ciblées, notamment en lien avec les priorités de santé publique.
11. Conduire des actions d'entraînement des patients et/ou de leur familles en vue de leur permettre de s'approprier les techniques d'intervention proposées par le masseur-kinésithérapeute.
12. Accompagner par des techniques de communications appropriées, le patient et/ou son entourage vers des changements de comportement, de modes de vie et d'habitude en prenant mieux en compte sa santé.
13. Conseiller, informer ou former à la prévention en masso-kinésithérapie les professionnels et les autres partenaires en fonction de leurs responsabilités.

Compétence 4

Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie

1. Organiser et adapter les conditions d'accueil et d'utilisation des locaux et des équipements nécessaires au bon déroulement de la séance.
2. Identifier les risques iatrogènes de l'intervention en masso-kinésithérapie.
3. Repérer les risques intéressant la personne ou le professionnel, liés à l'activité masso-kinésithérapique et déterminer les mesures préventives.
4. Planifier les activités et les priorités, définir le contenu de la séance en fonction des avancées du projet thérapeutique.
5. Évaluer l'état psychologique du patient, sa motivation et son évolution au cours des séances.
6. Informer la personne, construire avec elle la séance, recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques.
7. Mettre en œuvre l'intervention masso-kinésithérapique par des gestes, des techniques, des méthodes, un accompagnement et des supports adaptés au patient et à sa pathologie.
8. Adapter les protocoles et la durée de la séance en fonction de l'évolution de la situation clinique du patient et de ses réactions.
9. Sélectionner et mettre en place des conduites et compensations dans le champ de la masso-kinésithérapie permettant au patient de dépasser sa situation de handicap.
10. Prescrire les aides techniques adaptées à la pathologie traitée dans le respect de la réglementation et des recommandations.
11. Concevoir et conduire une séance de groupe seul ou en coanimation.
12. Analyser le déroulement de la séance, évaluer ses résultats obtenus et intégrer les adaptations nécessaires au projet thérapeutique.
13. Enregistrer les données relatives aux séances réalisées dans le respect de la déontologie et de la réglementation.
14. Assurer la traçabilité des soins en kinésithérapie dans le respect de la déontologie et de la réglementation.

Compétence 5

Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie

1. Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe.
2. Développer une relation de partenariat avec la personne soignée.
3. Adapter sa communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation.
4. Expliquer au patient les effets attendus, les risques et les limites de l'intervention en masso-kinésithérapie, en prenant en compte sa pathologie, son niveau de connaissances, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes pronostiques et son état psychologique.
5. Expliquer le déroulement de la prise en charge masso-kinésithérapique et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage.
6. Négocier et construire les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique.
7. Faciliter, développer et analyser les interactions entre les participants d'une séance de groupe.
8. Rechercher et/ou maintenir les alliances thérapeutiques avec le patient tout au long de l'intervention.
9. Responsabiliser la personne, la famille, l'entourage quant à l'importance de leur participation à la prise en charge thérapeutique et établir une relation de partenariat.
10. Soutenir la personne, la famille et/ou l'entourage tout au long de la prise en charge thérapeutique.
11. Établir une relation d'aide vis-à-vis du patient.

Compétence 6

Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie

1. Rédiger un bilan ou rendre un avis dans un cadre médico-administratif.
2. Identifier et sélectionner les textes législatifs et réglementaires en vigueur afférents aux déficiences, incapacités, handicap.
3. Sélectionner et conseiller le matériel adapté aux déficiences, incapacités, handicap.
4. Construire des méthodes et outils d'enquête adaptés aux problèmes posés en santé publique dans le domaine de la masso-kinésithérapie dans différents contextes.
5. Conseiller les partenaires dans le cadre d'actions entreprises dans le domaine de l'ergonomie physique, de la prévention des troubles musculo-squelettique, des pathologies cardio-vasculaires, des accidents sportifs, etc.
6. Présenter, expliciter et argumenter auprès des professionnels partenaires concernés les recommandations en masso-kinésithérapie.
7. Évaluer les besoins d'une personne et ses capacités à pouvoir effectuer certaines tâches ou activités personnelles, professionnelles ou sociales, avec aide ou sans aide humaine ou technique, à partir d'une analyse de dossiers et de bilans masso-kinésithérapiques.
8. Informer le patient sur l'attribution des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

Compétence 7

Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle

1. Développer son activité professionnelle avec un esprit critique et dans une démarche réflexive intégrant l'innovation.
2. Connaître et intégrer la démarche qualité à son activité professionnelle.
3. Identifier les tutelles, les organisations et structures administratives en charge de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la réglementation en la matière.
4. Identifier et suivre les évolutions des connaissances scientifiques et empiriques et des pratiques professionnelles.
5. Analyser sa pratique professionnelle au regard de l'actualisation des connaissances, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des priorités de santé publique, de l'évolution des politiques de santé et des évolutions sociétales.
6. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster ses interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse effectuée, des évolutions identifiées et des résultats de la démarche qualité.
7. Développer ses connaissances théoriques et techniques dans les domaines des sciences, des outils d'intervention et des nouvelles technologies de l'information et de la communication.
8. Adapter et transférer ses savoirs et ses compétences dans différents contextes professionnels et différents modes d'exercice.
9. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe, ou d'autres professionnels.
10. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'intervention en masso-kinésithérapie.
11. Rechercher les moyens de formation professionnelle et d'actualisation des connaissances, suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins, notamment des actions d'apprentissage collaboratif.
12. Analyser et évaluer sa formation.
13. Autoévaluer, mettre en lien et intégrer ses acquis.
14. Analyser les résultats et l'impact de la formation sur sa pratique professionnelle.

Compétence 8

Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

1. Identifier, sélectionner et utiliser les bases de données scientifiques.
2. Conduire une recherche bibliographique.
3. Analyser et synthétiser les articles scientifiques et évaluer leur impact potentiel sur sa pratique professionnelle ou sur la recherche conduite.
4. Formuler un questionnement scientifique, permettant de dégager les objectifs de la recherche.
5. Élaborer un protocole de recherche.
6. Identifier les organismes à consulter et les rôles des partenaires mobilisables dans le cadre de la recherche.
7. Planifier et conduire une action de recherche de manière individuelle et en groupe.
8. Élaborer une communication orale et rédiger un rapport et un mémoire de recherche.
9. Communiquer en français et en langue étrangère par écrit et par oral sur la recherche réalisée.

Compétence 9

Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources

1. Élaborer un projet de création et de fonctionnement d'une structure, d'un cabinet, en rapport avec des besoins de santé identifiés en veillant à la conformité avec la réglementation.
 2. Mettre en place une organisation adaptée du point de vue logistique, équipement, personnel et de fonctionnement correspondant à l'offre de soin.
 3. Contribuer au fonctionnement optimisé d'un cabinet ou d'une structure de masso-kinésithérapie.
 4. Fédérer autour d'un projet dans une approche collaborative, en tenant compte des règles de gestion des ressources humaines en vigueur.
 5. Prévoir un budget prévisionnel, réaliser le suivi et la gestion d'un budget.
 6. Établir, suivre, archiver les éléments de gestion administrative et comptable d'un cabinet.
 7. Veiller à la conformité des locaux, des installations et des matériels utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité et d'accessibilité.
 8. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique utilisé par les professionnels.
 9. Choisir le matériel adapté à la structure et aux activités de masso-kinésithérapie en rapport avec l'offre de soin et organiser les achats, la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks des matériels et des consommables utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes.
 10. Organiser et contrôler la gestion des déchets dans le respect des règles et des procédures.
 11. Organiser les plannings, les rendez-vous et la répartition des activités.
 12. Organiser la gestion des archives dans le respect de la réglementation.
 13. Utiliser les logiciels de gestion spécifiques (comptabilité, prise de rendez-vous, statistiques d'activité...).
-

Compétence 10

Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe

1. Organiser et planifier ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, ainsi que des interventions conduites en simultané par d'autres professionnels auprès de la personne ou du groupe, dans le respect de la déontologie et de la réglementation en vigueur.
2. Identifier les missions des différents acteurs intervenant pour la prise en charge de la personne ou du groupe, la nature des informations à leur transmettre ainsi que les ressources existantes sur le territoire de santé.
3. Établir des relations professionnelles de qualité basées sur le respect mutuel, en favorisant le dialogue, la concertation et les décisions consensuelles.
4. Instaurer et maintenir des liaisons et partenariats avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des patients (santé, médico-social, social, sportif, culturel, associatif...).
5. Développer et mettre en œuvre des activités ou des projets transversaux au sein de l'établissement et dans le cadre de réseaux.
6. Coordonner ses actions et soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants notamment dans le champ social, économique, sportif, éducatif pour élaborer en commun ou conduire des projets d'intervention pluriprofessionnels pertinents.
7. Sélectionner les outils de transmission de l'information adaptés aux situations et en assurer la mise en place avec efficacité.
8. Prendre en compte dans son activité les actions de prévention mises en place sur le territoire.
9. S'adapter à différents contextes professionnels et culturels, y compris dans une démarche ouverte à l'international.

Compétence 11**Former et informer les professionnels et les personnes en formation**

1. Organiser l'accueil, l'information et l'accompagnement d'un professionnel, d'un étudiant ou d'une personne en formation dans le service ou la structure.
2. Contribuer à la formation des étudiants en masso-kinésithérapie dans le cadre d'actions de tutorat.
3. Repérer et expliciter les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation ou aux professionnels.
4. Préparer et animer des séances de formation ou d'information auprès d'un public de professionnels, d'étudiants, ou de futurs professionnels.
5. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels.
6. Superviser des situations et des activités d'apprentissage dans une démarche progressive d'autonomisation au bénéfice des stagiaires et étudiants.
7. Contribuer à évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires et les étudiants au regard des objectifs pédagogiques de stage et d'enseignements.
8. Communiquer sur sa profession.

Annexe 4 : Questionnaire de l'enquête exploratoire

Mémoire en ergothérapie

Je m'appelle Ségolène et suis étudiante en troisième année d'ergothérapie. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie, je travaille sur l'identification du rôle propre de l'ergothérapeute face aux complémentarités de pratiques avec le masseur-kinésithérapeute.

Ce questionnaire comporte 18 questions à répondre entre 5 et 10 minutes.

Les réponses à ce questionnaire sont anonymisées.

***Obligatoire**

1. Consentez-vous à l'utilisation de vos réponses en vue d'une communication orale et écrite ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Profession

2. Quelle profession exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Ergothérapeute
Passer à la question 3
- Masseur-kinésithérapeute
Passer à la question 20
- Autre : _____

Vous êtes ergothérapeute

3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état ? *

4. Dans quel secteur professionnel exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Rééducation / Réadaptation
- Autre : _____

5. Depuis combien de temps travaillez vous dans cette structure ?

Une seule réponse possible.

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

6. Votre structure propose-t-elle des soins en Masso-kinésithérapie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

7. Quel est le public accueilli dans votre structure ? *

8. Quelles évaluations proposez-vous en ergothérapie ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Evaluations à la marche
- Evaluations fonctionnelles
- Mises en situations
- Testing musculaire
- Evaluations articulaires
- Evaluations cognitives
- Evaluations occupationnelles

Autre : _____

9. Quel type de prise en soins proposez-vous en ergothérapie ? *

10. Certaines de vos pratiques sont-elles aussi utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

11. Si oui, quelles pratiques utilisées en ergothérapies sont-elles aussi utilisées en kinésithérapie ?

12. Communiquez-vous avec les kinésithérapeutes concernant vos pratiques en commun ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. Comment s'organise le partage des tâches avec les kinésithérapeutes ? *

Plusieurs réponses possibles.

Partage des tâches en commun accord verbalisé

Partage des tâches en commun accord non-dit

Partage des tâches influencées par l'institution

Partage des tâches influencé par les prescriptions médicales

Il n'existe pas de partage des tâches

Autre : _____

14. Existe-t-il une collaboration avec les kinésithérapeutes ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

15. Si oui, quel genre de collaboration se met en place ?

16. Réalisez-vous des séances en commun avec les kinésithérapeutes ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

17. Si oui, précisez le contenu de ces séances.

18. Pensez-vous à quelque chose qui vous semble pertinent à rajouter ?

19. Avez-vous un retour ou des conseils concernant ce questionnaire ? *

Vous êtes masseur-kinésithérapeute

20. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? *

21. Dans quel secteur professionnel travaillez-vous ? *

Une seule réponse possible.

Rééducation / Réadaptation

Autre : _____

22. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ? *

Une seule réponse possible.

Moins de 1 an

Entre 1 et 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Plus de 10 ans

23. Votre lieu de travail propose-t-il des soins en ergothérapie ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

24. Quel est le public accueilli dans votre service de kinésithérapie ? *

25. Quelles évaluations réalisez-vous en kinésithérapie ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Evaluations à la marche
 Evaluations fonctionnelles
 Testing musculaire
 Evaluation articulaires
 Evaluations cognitives
 Evaluations à la douleur

Autre : _____

26. Quel type de prise en soins proposez-vous en kinésithérapie ? *

27. Certaines de vos pratiques sont-elles également utilisées par les ergothérapeutes ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

28. Si oui, quelle pratiques utilisées en kinésithérapie sont-elles également utilisées en ergothérapie ?

29. Communiquez-vous avec les ergothérapeutes concernant vos champs de pratiques en commun ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

30. Comment s'organise le partage des tâches avec les ergothérapeutes ? *

Plusieurs réponses possibles.

Partage des tâches en commun accord verbalisé

Partage des tâches en commun accord non-dit

Partage des tâches influencé par l'institution

Partage des tâches influencé par les prescriptions médicales

Autre : _____

31. Existe-t-il une collaboration avec les ergothérapeutes ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

32. Si oui, quelle type de collaboration existe-t-il ?

33. Réalisez-vous des séances en commun avec les ergothérapeutes ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

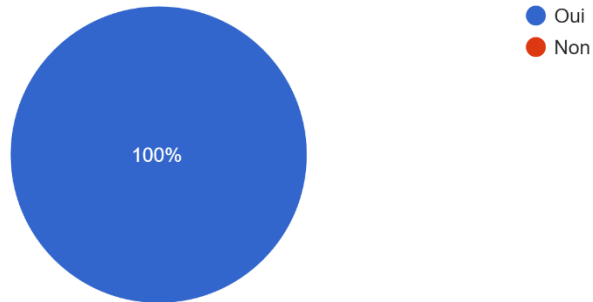
34. Si oui, précisez le contenu des séances en commun.



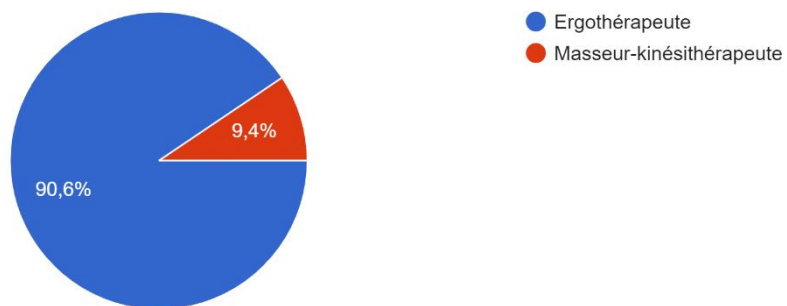
Annexe 5 : Résultats de l'enquête exploratoire

Questionnaire destiné aux ergothérapeutes :

Consentez-vous à l'utilisation de vos réponses en vu d'une communication orale et écrite ?
53 réponses

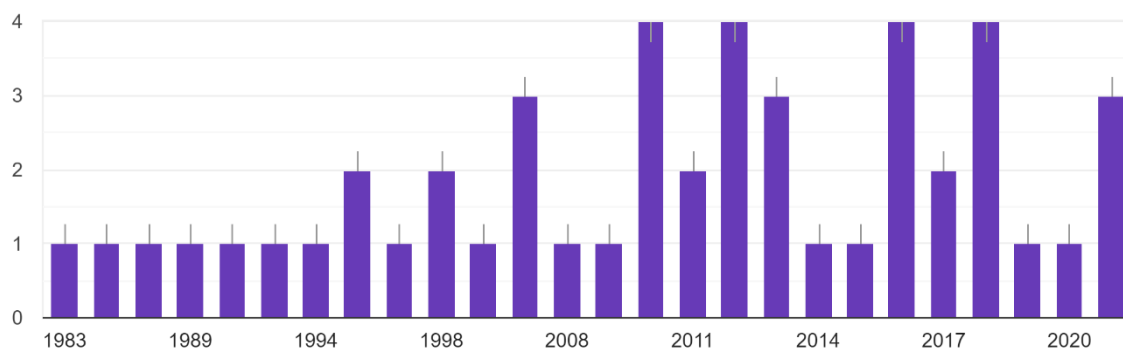


Quelle profession exercez-vous ?
53 réponses



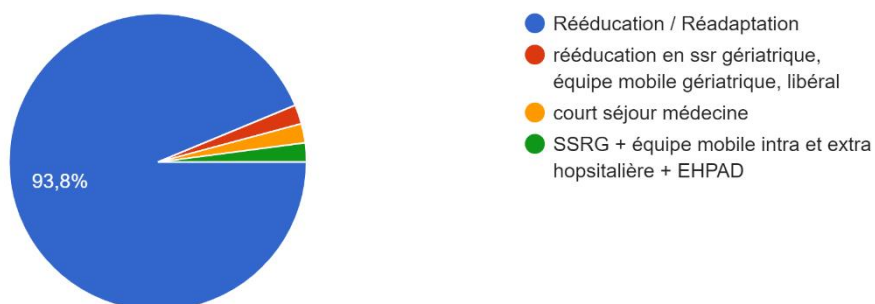
En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état ?

48 réponses



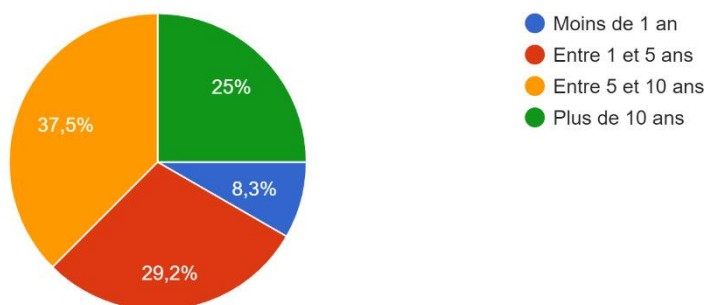
Dans quel secteur professionnel exercez-vous ?

48 réponses



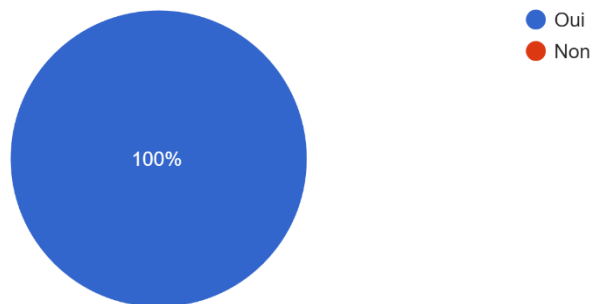
Depuis combien de temps travaillez vous dans cette structure ?

48 réponses



Votre structure propose-t-elle des soins en Masso-kinésithérapie ?

48 réponses



Quel est le public accueilli dans votre structure ?

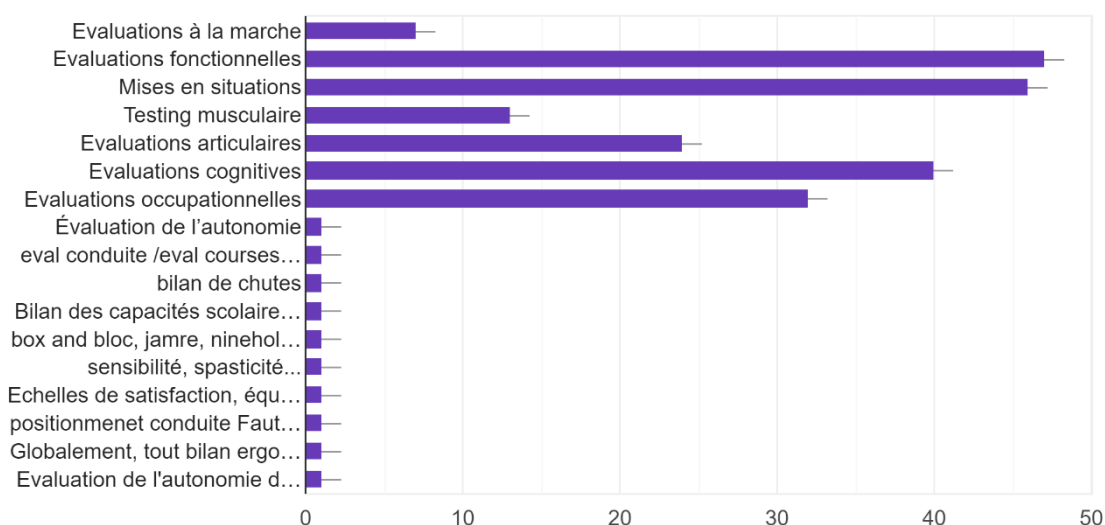
48 réponses

- Adultes traumatologie : membre supérieur, urgences main, polytraumatismes et SSR gériatrique.
- neurologie centrale, pathologie cardiaque, MPR et polyvalent. pop adulte
- Adulte neuro traumato
- Adulte - gériatrie - neuro – traumato
- Adultes, pathologies neurologiques centrale
- Personnes cérébro-lésés (traumatisme crânien, AVC, rupture d'anévrisme...)
- ortho, neuro, respi, amputés
- neuro polytrauma
- Enfants atteints d'handicaps moteurs principalement
- Adultes, blessés médullaires, AVC, TC, Amputés MS et MI, Brûlés, SEP etc.
- Gériatrique
- Neurologique (central et périphérique) / Orthopédique
- AVC, trauma cranien, PRN étendues(GB), adultes (17 ans 75 ans)
- adulte, personnes âgées
- Personnes âgées - adultes - enfants
- AVC, maladie évolutives, blessés médullaires, traumatologie, patients présentant des pb de dos
- Gériatrie
- Personnes âgées, adultes.
- SSR : gériatrie, médecine, traumatologie, chirurgie de la main
- Polyhandicapés

- SSR affections neurologique, Appareil locomoteur et Personnes Agées
- Polypathologiques
- Neurologie
- neuro / ortho / onco / néphro / cardio
- Neurologie, orthopédie, cardiologie, addictologie
- patients avec déficit neurologique en phase aigüe
- Neuro, ortho, traumatologie
- gériatrie
- Réadaptation cardio-respi, neurologie, traumatologie, brûlologie
- Polypathologie gériatrique, troubles du comportement, soins palliatifs
- Adultes toutes pathologies traumatologique, rhumatologique et neurologique
- NEUROLOGIE (AVC, SEP, Guillain Barré, SLA,) - TRAUMATOLOGIE (Trauma crânien, AVP, opération de réduction de fracture) - LOCOMOT (Amputation, PTG, PTH, PE, PIE)
- PERSONNES AGEES
- gériatrie
- Trauma/ortho
- AVC SEP AMPUTES ORTHO TRAUMATO RHUMATO
- personnes âgées
- AVC, TC, polytraumatisés, Paraplégiques, Tétraplégiques, Amputés, SEP, Parkinson, lombalgies chroniques, PTG, PTH, PTE...
- personnes âgées (>75 ans)
- Patient atteint de pathologies neurologiques, principalement AVC et TC
- appareil locomoteur/neuro/réspi
- militaire et civil adulte
- adulte / amputation Ms /MI polytraumatisé tetra para TC sep brûlés
- adulte
- Adulte (traumato) - personnes âgées
- Adulte post AVC, blessé médullaire, traumatisé crânien, et plus ponctuellement autres pathologies neurologiques
- Gériatrie
- adulte neurologie
- neuro ortho traumatologie evc/epr

Quelles évaluations proposez-vous en ergothérapie ?

48 réponses



Quel type de prise en soins proposez-vous en ergothérapie ?

48 réponses

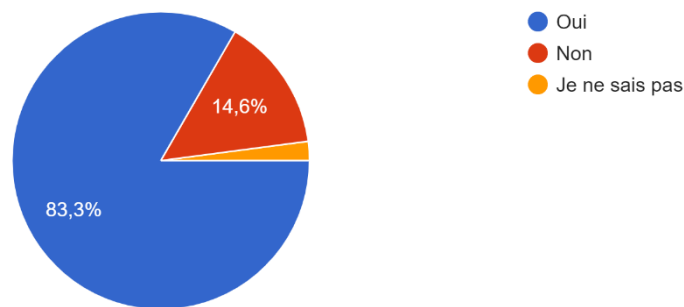
- Rééducation et réadaptation, bilans et rééducation sensitive, reprise des activités en résistances.
- rééducation en salle, mise au fauteuil, travail transfert, stimulation neuromotrice, MES cuisine, courses, conduite, validation FRE, MES toilette/habillage
- Séances individuelles de rééducation et de réadaptation , groupes, mise en situation au centre et a domicile, conduite, dossier MDPH, évaluation du domicile, accompagnement au choix du matériel médical
- Plus un versant écologique
- suivi en séances de rééducation et réadaptation en lien avec les habitudes de vie antérieures du patient
- Prise en charge rééducatif (développement moteur des membres supérieurs), mise en situations fonctionnelles (bilan toilette habillage, cuisine, jardin), réadaptation (VAD, reprise du travail...).
- évaluations, rééducations, adaptations
- séance de rééducation, réadaptation : VAD, proposition exercice analytique, fonctionnelles et mises en situation, préconisation Aide technique.
- Rééducation des capacités motrices, cognitives via des activités ludiques, mises en situations, réadaptation
- Rééducation, réadaptation, éducation thérapeutique, etc
- évaluation, rééducation, VAD positionnement (pas sûre d'avoir bien compris la question...)

- Thérapie miroir - Assistance robotisée - Séance analytique - Mise en situation (course , cuisine, auto-école) - Séance fonctionnelle -Simulateur de conduite
- Depuis l'installation lit FR au préparation de prescription de matériel pour la sortie. Avec exercices de rééd. ou réad. nécessaires entre évidemment.
- individuel
- PES centrée sur la personne
- rééducation, réadaptation, VAD, reprise de la conduite, mise en situation, préconisation AT
- Rééducation et réadaptation dans les activités de la vie quotidienne et de loisirs permettant un retour à domicile
- réadaptation gestuelle, stimulation cognitive, rééducation neuro, adaptation des logements..
- Prise en charge globale de la personne en plus du pourquoi de sa venue
- Individuellement et en groupe
- Rééducation, réadaptation, conseil en aides techniques, mises en situation
- Evaluations, consultations, rééducation, réadaptation..
- rééducation / réadaptation / mises en situation / VAD / orthèses /
- travail d'autonomie en chambre, travail fonctionnel en salle ergo
- Rééducation neuromotrice et cognitive classique (pas de technique particulière)
- Cela dépend des résultats des évaluations généralement MS + cog
- rééducation de l'équilibre, marche, transferts, mise en situation ...
- Individuelle et en autonomie en complément
- Installation, rééducation de l'équilibre, de la marche, prévention des chutes, réautonomisation dans les AVQ, adaptation du matériel et de l'environnement, accompagnement à l'organisation de la sortie, visites à domicile
- Des exercices, jeux de société, activités manuelles, mises en situation (toilette, transferts, prise des repas, cuisine), installations au lit et au FR, orthèses, évaluation conduite du FR électrique, rééducation cognitive, sensitive et motrice/neuromotrice.
- Rééducation en lien avec la pathologie, prise en charge de la douleur, réadaptation aux AVQ
- réadaptation
- réadaptation aux AVQ (transferts et déplacements majoritairement), prévention d'escarre, adaptation de l'environnement (préparation de la sortie)
- Mise en place de matériel et Rééducation fonctionnelle, adaptation de l'environnement du patient
- REPRISE DES HABITUDES ET DES OCCUPATIONS ANTERIEURES (avq? hABILLAGE, repas, déplacement...) ACCOMPAGNEMENT DU PARCOURS DE REHABILITATION APPROCHE CENTREE SUR LA TACHE ET NON PAS SUR LA DEFICIENCE MISES EN SITUATION PREPARATION DU RETOUR A DOMICILE ESSAIS/CHOIX DES AT POUR DIMINUER LES SITUATIONS DE HANDICAPS APPAREILLAGE
- installations, mise en situation avq, préparations rad
- Bilans, Installations, PEC rééducative, réadaptation (VAD...), appareillage...
- Prise en charge quotidienne: Travail des transferts, de l'équilibre, de renforcement musculaire, mises en situations de vie quotidienne
- Centré sur les incapacités de la personne en vie quotidienne

- Évaluation puis mise en situation écologique
- reéducation
- individuelle ou en binome
- rééducation, réadaptation, réinsertion, appareillage
- Rééducation fonctionnelle - appareillage - mises en situation - réadaptation - bilan/ PEC sensibilité - etc.
- Centré sur la personne et ses activités, évaluation en situation, résolution de problème, etc. + rééducation de la motricité volontaire et sensibilité
- rééducation en chambre ou en salle de rééducation, travail de l'autonomie dans les AVQ (habillage, déplacements, transferts), prévention des chutes, conseil en aides techniques, prévention d'escarres, positionnement
- rééducation réadaptation
- prise en charge individualisée ou en groupe

Certaines de vos pratiques sont-elles aussi utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes ?

48 réponses



Si oui, quelles pratiques utilisées en ergothérapies sont-elles aussi utilisées en kinésithérapie ?

42 réponses

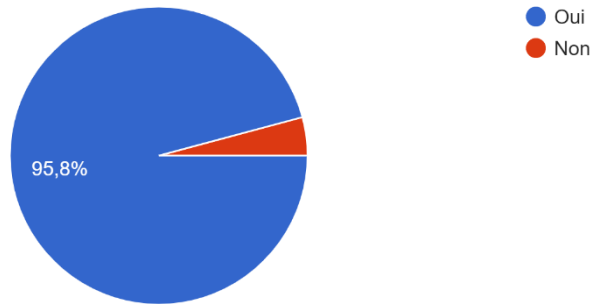
- thérapie miroir
- il arrive au kiné de faire des bilans fonctionnels, et des bilans sensitifs. Les bilans articulaire actifs et passifs sont fait par les deux. Les bilans d'adhérences tendineuses. Bilan oedème et cicatriciel (les traitements sont différents).
- transfert, mise au fauteuil, rééduc sensorimotrice
- Séances individuelles de rééducation du membre supérieur, travail des transferts
- Travail de l'équilibre assis et debout, MES transferts, essais AT transferts et autres, travail de la sensibilité
- Evaluation articulaire et transferts.

- éval articulaire et testing, transferts, mobilisation MSUP
- Surtout les mises en situations pour les transferts, ou bien les moyens utilisés pour le travail de l'équilibre assis, de l'amplitude des membres supérieurs
- Transferts,
- Evaluations à la marche, évaluation articulaire, reprise de la marche et augmentation du périmètre de marche, évaluation des transferts
- Séance robotisée - Séances analytiques et fonctionnelles (Les kinésithérapeutes dans notre centre sont centrés sur la récupération motrice analytique des MI et les ergothérapeutes des MS)
- exercices fonctionnels du membre supérieur
- évaluation des transferts, équilibre assis et debout
- Travail des déplacements, apprentissage de l'utilisation d'une aide de marche, transferts
- travail sur les transferts, réadaptation gestuelle
- travail des transferts, de la stabilité, du réentraînement à l'effort (mais pas avec les mêmes outils, chez nous ce sera cuisine, menuiserie...).
- Aucune
- On retrouve parfois des chevauchement dans la prise en charge ergo et kiné, surtout dans la rééducation du membre supérieur hémiplégique
- Seulement certaines techniques de rééducation qui demandent un nombre de séances trop important par semaine pour être géré par un seul thérapeute comme thérapie miroir ou thérapie contrainte
- mobilisation MS / thérapie miroir /
- Techniques de transferts, utilisation des aides techniques, ...
- travail en finesse du membre supérieur
- Mobilisations passives, renforcement du MS , travail de la sensibilité , travail de la dextérité
- rééducation de l'équilibre, marche, transferts
- mesures articulaires, réadaptation à la marche (équilibre, escaliers), récupération d'amplitudes (de fonction pour nous, mais dans les faits PTE par exemple)
- rééducation de l'équilibre, de la marche, prévention des chutes
- Le plateau canadien, certains exercices
- Mobilisations passives, travaille d'amplitude en lien avec les pathologies de l'épaule,
- TRAVAIL DESTRANSFERTS MOBILISATION MEMBRES SUP W FONCTIONNEL
- rééducation de l'équilibre
- LES EVALUATIONS ANALYTIQUES (MUSCULAIRES ET ARTI)
- mobilisations, rééducation active du MS, travail des transferts...
- Travail de renforcement musculaire, travail des transferts
- Rééducation cognitive
- Mobilisation, exercices en double tâche, postures ergonomiques (pour les problématiques de dos), conseils d'AT à la marche....
- réalité virtuelle
- rééducation sensori motrice
- petit appareillage - pour certains kiné : prise en charge de la sensibilité voire bilan
- prévention des chutes, travail des transferts et de la marche

- par exemple travail de verticalisation avec guidon de transfert, transfert couché assis avec barre de lit...
- mise en situation fonctionnelle

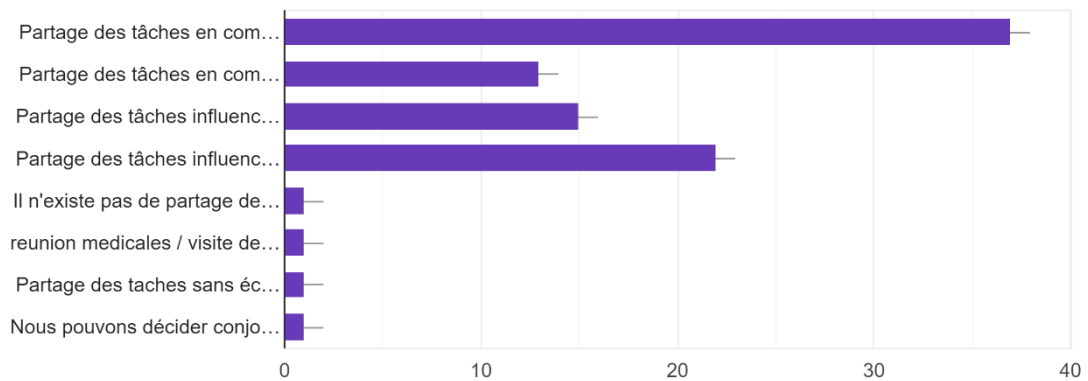
Communiquez-vous avec les kinésithérapeutes concernant vos pratiques en commun ?

48 réponses



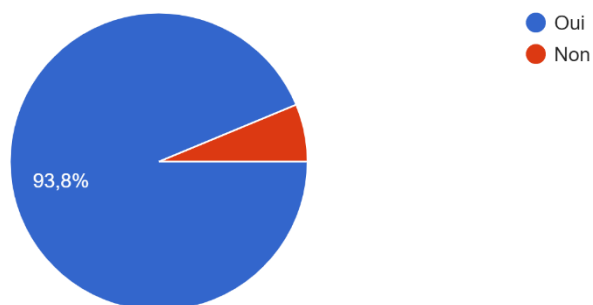
Comment s'organise le partage des tâches avec les kinésithérapeutes ?

48 réponses



Existe-t-il une collaboration avec les kinésithérapeutes ?

48 réponses



Si oui, quel genre de collaboration se met en place ?

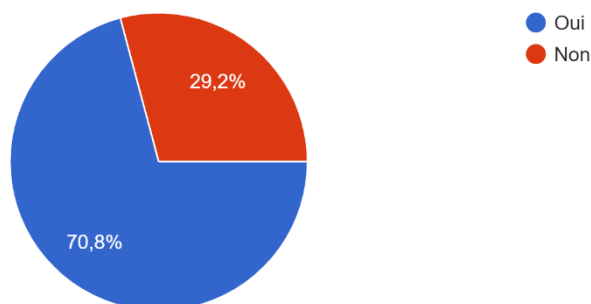
43 réponses

- Discussion et choix de prises en charge sont partagés pour se répartir les tâches et être plus efficace dans la prise en charge du patient.
- séance commune ou première séance en chambre ensemble
- Mise en accord sur les objectifs, suivis des PEC
- Objectifs communs et séances communes par moment
- Travail des transferts avec différentes techniques, 1er lever des patients au fauteuil.
- communication et prise en charge (séance) en groupe
- séance en commun, bilan commun, réunion
- Réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, transmissions orales pour informations ou conseils sur des éléments à travailler
- Les premiers levés des patients sont fait en collaboration avec les kinés, transfert voiture
- Discussions quotidiennes pour se répartir les nouveaux patients en fonction de si la PEC est plus orientée kiné ou ergo. Pour les patients qui ont ergo+kiné, on s'accorde oralement sur les objectifs et moyens de chacun, jamais eu de problème
- La collaboration s'installe en fonction de la prise en charge du patient. Ainsi chacun s'adapte en fonction des incapacités du patient (ex : un patient qui chez nous n'a pas de déficit aux MS mais est pris en charge en ergo pourra être mise en position debout sur stand up, guidon de manière à travailler les transferts , ou debout + activité = travail des déstabilisations intrinsèques et extrinsèques , ou attentionnelle.
- Réunion de synthèse hebdomadaire par secteur de médecin et échanges informels quotidiens.
- Comparatif entre nos bilans - concertation sur la PES
- travail en commun, séance en commun, bilan commun pour les AVC, temps de réunion, temps informel
- Échanges sur les problématiques, les besoins et/ou souhaits du patients, sur les nécessités a un RAD, sur ses capacités actuels et le plan de ttt avec les objectifs ergo et objectifs kiné.
- études des cas, adéquation entre le retour à domicile par ex et la prise en soins: ex: entraînement transferts spécifiques, prévention des chutes, besoins en aides techniques.
- travail toujours en commun, réunions d'équipe, échange dans les couloirs....
- Pluridisciplinaires, partage et confiance
- Discussion sur les objectifs du patient et parfois répartition du travail selon la charge de travail de chacun

- Question trop flou..
- réunions pluridisciplinaires, séances communes
- Travail de l'équilibre debout et de la marche en binôme pour les patients les plus lourds
- Première rencontre du patient avec le kiné pour ensuite fixer ensemble les objectifs de la prise en charge
- prise en charge en commun
- Partage de tâche par ex pour des polytrauma (l'un axe mb sup l'autre mb inf) ou complément : l'ergo réadapte la marche en extérieur et le kiné en intérieur. Demandes aussi particulières par ex qu'un patient fasse les escaliers en kiné ++ pour faciliter la VAD que l'on a programmée. Echange aussi lorsque le kiné constate une rougeur ou difficulté de port d'appareillage, etc...
- Prise en charge en binôme kiné/ergo si nécessaire (patients lourds), répartition de la rééducation sur matin/après midi, compensation sur les absences
- Parfois, on s'organise avant pour partager les tâches, on en discute en cours de séjour. Sinon, partage non-dit car habituellement dans l'établissement.
- Échanges sur la pratique lors de réunion de staff, et en direct hors staff
- ECHANGES
- prises en charges en binôme, consentement mutuel sur l'évolution des objectifs de PEC
- On peut être amené à voir le patient ensemble pour le premier levé ou lorsqu'il s'agit de patient compliqué, on le voit à 2 pour les transferts et la verticalisation.
- LES OBJECTIFS SONT DISCUTES EN ÉQUIPE EN PRÉSENCE ET AVEC L' ACCORD DU PATIENT. PARFOIS LE TRAVAIL DE L' UN EST UN PRÉALABLE AU TRAVAIL DE L'AUTRE. ORGANISATION DANS LE TEMPS
- Réunions d'équipe
- Séances en binôme lorsque le patient ne peut pas avoir deux séances (kiné et ergo)
Travail de la marche dans le couloir du service.
- relever du sol, conseils de postures et d'étirements à favoriser en fonction des cas, des conseils pour accentuer l'autonomie (laisser faire), prévention des TMS, échange sur les occupations du patient... question trop large il faudrait cibler un domaine de rééducation par exemple.
- quand il faut positionner une personne au lit.
- échanges spontanés , rencontres sur le plateau technique , point médicaux
- travail en binome, atelier coanimé
- travail pluridisciplinaire : communication orale, synthèse technique
- pour un même patient organisation des séances de thérapie miroir partagé entre les 2 professions. Travail des transferts FR/plan bobatho en kiné puis FR/lit en ergo.
- travail en binôme pour les patients "lourds", réalisation de groupes de rééducation (équilibre)
- discussion pour choix de matériel pour la sortie en fonction de l'évolution des capacités du patient par exemple, discussion autour de l'installation FR d'un patient.....
- répartition du travail en fonction des objectifs pour ne pas être redondant

Réalisez-vous des séances en commun avec les kinésithérapeutes ?

48 réponses



Si oui, précisez le contenu de ces séances.

35 réponses

- Parfois il arrive que le kiné nous aide au moulage d'attelle thermoformée pour posturer le patient en posture max, ou fasse les mob passive juste avant l'ergo et vienne nous aider a posturer au max pour des patients très raides. Cela reste très ponctuel et plutôt rare.
- transferts ou VAD
- Transferts, stimulation globale,
- Transferts difficile, certaines VAD
- Travail de l'équilibre assis et debout, MES transferts, essais AT transferts et autres, travail de la sensibilité, accompagnement en visite à domicile, verticalisation, positionnement au fauteuil et lit, postures, confection d'orthèses...
- Groupes de marche en extérieur.
- travail des transferts, des relevé du sol...
- travail de l'équilibre assis, debout les transferts
- Possible sur certaines séances de rééducation lorsque un même objectif doit être travaillé, consultations communes avec appareilleurs et parfois revendeurs, visites à domicile parfois
- premier levé: gestion du FR et réglages par l'ergo, aide au transfert, kiné se charge du transfert et de vérifier la tension etc. Transfert voiture: fait à deux kiné / ergo
- Quand on a besoin de 2 aides humaines pour un entretien ou une reprise de la marche
- Rarement cependant. Mise en application d'aides techniques au transfert en chambre principalement.

- travail de l'équilibre assis, debout, transferts, transferts voiture, qq VAD, escaliers
- Les capacités du patient nécessitent parfois d'être 2 pour le sécuriser ou pour faire un point sur l'évolution et les objectifs
- certains apprentissage de transferts, utilisation d'aides techniques en situation
- travail des transferts de façon ponctuelle
- La complémentarité l'induit
- Thérapie contrainte, consultations paramédicales, bilans, groupe de rééducation transdisciplinaire..
- transfert / verticalisation
- Travail fonctionnel des MS lors de la verticalisation par le kiné par exemple
- Transfert a-d, équilibre debout statique, équilibre debout dynamique
- Travail des transferts, des déplacements avec des aides techniques, conseils en postures ..
- travail de la verticalisation, de la marche ou des transferts
- groupes de rééducation ergo-kiné en neuro, ou PEC en binôme pour patients très dépendants à leur arrivée
- Verticalisations, transferts, marche
- reverticalisations, réadaptation à la marche
- Lors des séances collective, on peut être amener a travailler avec le kiné sur certains atelier (ex : équilibre - groupe sans appuis, etc...)
- Rarement mais parfois sur des patients lourds, travail des transferts...
- Verticalisation au standing, sur table de verticalisation, marche dans le couloir... pour les transferts parfois.
- transferts compliqués avec AT , premiers levers , installation complique au FR, transfert voiture a l atelier transfert fait en binôme
- travail en binôme pour des premiers lever
- premier levé au fauteuil confort pour les patients post réanimation ou tétraplégiques.
- travail de l'équilibre et de la marche en petits groupes travail des transferts chez les patients encore "lourds" sur le plan moteur
- par ex réalisation de transfert avec les info du domicile, choix des aides techniques pour le transfert....suivit des orthèses....

Pensez-vous à quelque chose qui vous semble pertinent à rajouter ?

21 réponses

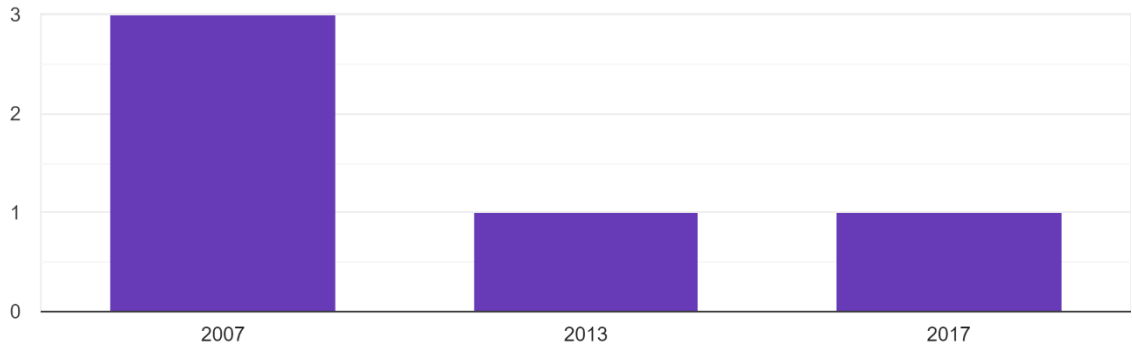
- non
- /
- Si les deux professionnels ont envie de communiquer et de travailler ensemble, on parvient toujours à se répartir nos rôles d'une façon pertinente qui profite au patient Néanmoins, je pense que beaucoup de kinés ne sont pas au clairs sur les compétences et l'étendu des champs d'action des ergothérapeutes
- Le travail des ergothérapeute et des kinésithérapeutes se regroupent sur leur étude , leur connaissance. En revanche, leur profession est bien différente et l'un est centré sur des récupérations davantage fonctionnelle qui nécessite parfois de passer par de

- l'analytique dans un premier lieu mais qui dans notre centre ne se regroupe avec les kinésithérapeutes qui ne travailleront pas la récupération du MS
- Fonctionnement institutionnel de notre service favorise les échanges et coopérations informelles. La dynamique fonctionne au moins pour notre secteur de soin neurologique. Malheureusement bien moins pour l'autre secteur orienté locomoteur.
 - nous partageons un espace bureautique partagé qui aide vraiment à un travail de coopération !
 - Je trouve cette collaboration non seulement très enrichissante mais indispensable pour préparer les RAD
 - J'ai moins de temps que le kiné sur le service car j'interviens dans d'autres unités. Pas mal de transmissions venant du kiné pour adapter ma prise en soins.
 - Pratique qui diffère au cas par cas et en fonction des professionnels en face de nous...
 - En ergo la prise en charge est basée sur la réalisation d'activité, le kiné va faire réaliser des exercices avec une analyse centrée sur l'anatomie et la fonction "normale" du muscle et de l'articulation. Le travaille est complémentaire, on utilise le travaille fait avec les kiné sur l'entraînement des mouvements (dans le cas de la prise en charge des personnes avec une PE ou PIE) pour les transposer lors de la réalisations d'activité et gestes fonctionnels
 - Bien que nous ayons des objectifs communs et des compétences communes (avec kiné ou autre profession), c'est le regard sur la problématique qui varie et offre la complémentarité des soins apportés
 - Non
 - nous avons établi depuis 2 ou 3 ans une ergothérapie centrée sur l'occupation, ce qui nous a permis de différencier plus nettement les compétences ergo et kiné
 - La réadaptation est essentiellement faite par les ergothérapeutes.
 - La différence entre les séances d'ergothérapie et de kiné restent très compliquées à identifier chez nos patients, même après explications.
 - J'ai du mal à concevoir que le kiné peut dévier sur des compétences de l'ergo
 - Une question sur la complémentarité de l'ergo pour le kiné et l'inverse pour avoir une vision des deux.
 - le travail d'équipe dépend bcp de la collègue qui est en face . la jeune génération est parfois moins dans cette dynamique.
 - on est plus fort à plusieurs que seul d'où l'intérêt de travailler ensemble
 - Nous collaborons en connaissant les compétences de chacune, en s'orientant parfois certains patients quand cela est pertinent. Travail très complémentaire de partage de compétences et de connaissances.

Questionnaire destiné aux Masseurs-Kinésithérapeutes :

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

5 réponses



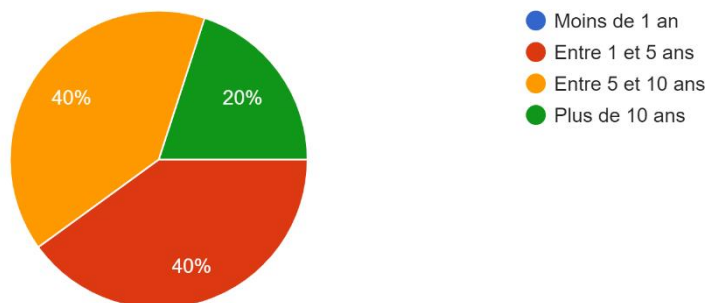
Dans quel secteur professionnel travaillez-vous ?

5 réponses



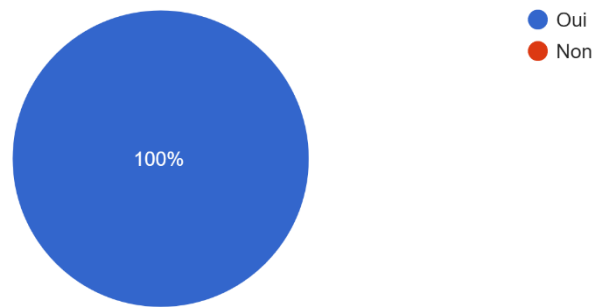
Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?

5 réponses



Votre lieu de travail propose-t-il des soins en ergothérapie ?

5 réponses



Quel est le public accueilli dans votre service de kinésithérapie ?

5 réponses

Gériatrie

- Patients relevant de l'orthopédie (principalement prothèse de hanche, genou, épaule)
- patients relevant de la traumatologie (accidents de la route et de la voie publique, polytraumatisme, fractures membres inférieurs notamment chez les sujets âgés, main complexes opérées, fractures membres supérieurs...)
- patients brûlés ou avec une prise en charge cicatricielle (fasciite necrosante, délabrement cutané sur accidents notamment de la route...)

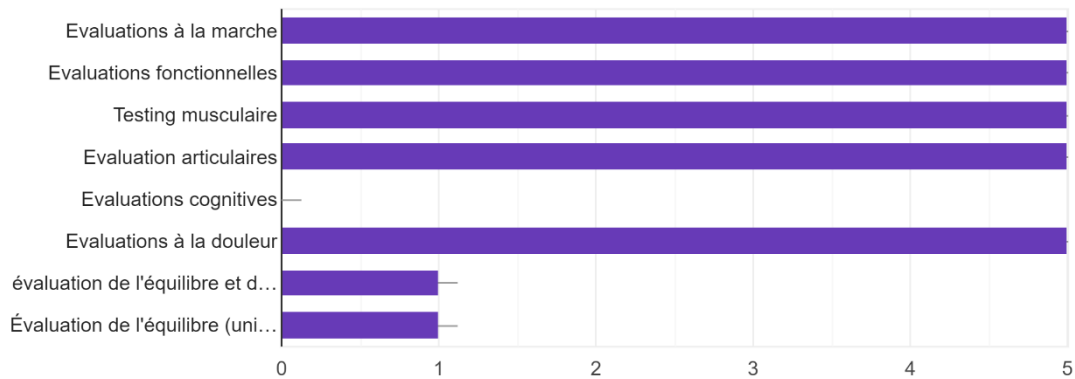
Neurologie, traumatologie, RFR

Geriatric

gerontologie/geriatric

Quelle évaluations réalisez-vous en kinésithérapie ?

5 réponses



Quel type de prise en soins proposez-vous en kinésithérapie ?

5 réponses

rééducation manuelle (massothérapie, gain d'amplitude, assouplissements / étirements) ; rééducation neurologique/neuromotrice/sensitive ; rééducation de l'équilibre et de la posture ; rééducation vésico-sphinctérienne ; rééducation post-chirurgie (traumato-orthopédie) ; parcours de marche extérieur ; apprentissage de l'utilisation de l'aide technique ; bandages et contentions...

- Massage cicatriciel
- Massage décontracturant
- Drainage lymphatique
- Physiothérapie
- Mobilisation passive et active membre inférieur et supérieur
- Renforcement musculaire analytique et global, manuel ou sur machine
- Étirements musculaires
- Proprioception et équilibre
- Rééducation à la marche

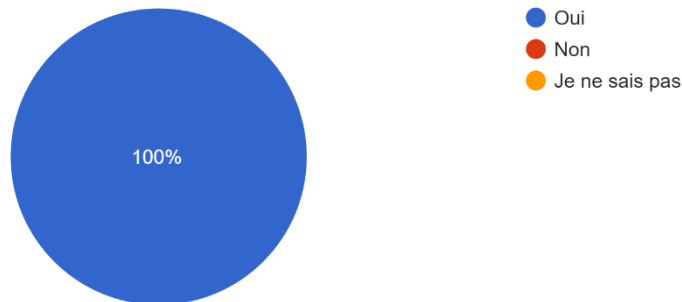
marche, transfert, mobilisation articulaire, étirement musculaire, physiothérapie, stimulation neuro motrice, équilibre, renforcement musculaire, manoeuvres respiratoires...

Evaluation à la marche, fonctionnelles, musculaire, articulaire, douleur

reeducation respiratoire, pec sur plateau de reeducation

Certaines de vos pratiques sont-elles également utilisées par les ergothérapeutes ?

5 réponses



Si oui, quelle pratiques utilisées en kinésithérapie sont-elles également utilisées en ergothérapie ?

5 réponses

sollicitations de l'équilibre en double-tâche ; installations (au fauteuil, au lit) ; travail des transferts ; adaptation de l'aide technique + apprentissage de son utilisation ; parcours de marche en situation ; rééducation neurologique (prise en soin post-AVC MSup notamment)

- Rééducation à la marche
- Mobilisation passive et active membre inférieur et supérieur
- Proprioception et équilibre

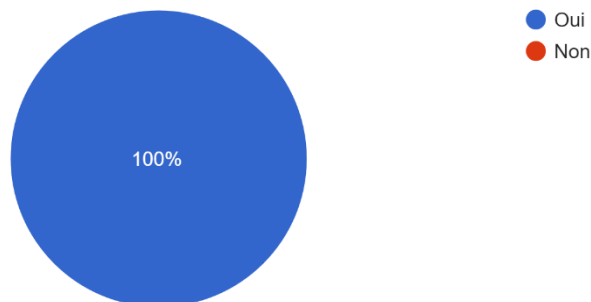
travail analytique et fonctionnel du membre supérieur, travail des transferts...

évaluation de douleur, articulaire, musculaire, fonctionnelle

apprentissage transferts, reeducation du Mb sup en post AVC, travail d'équilibre

Communiquez-vous avec les ergothérapeutes concernant vos champs de pratiques en commun ?

5 réponses



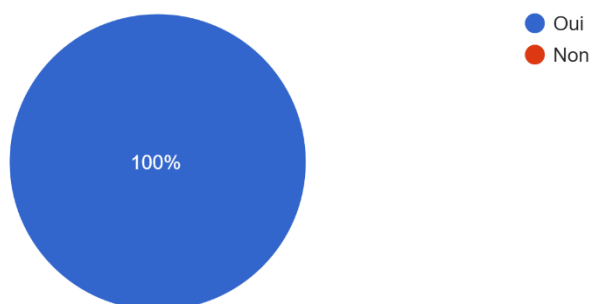
Comment s'organise le partage des tâches avec les ergothérapeutes ?

5 réponses



Existe-t-il une collaboration avec les ergothérapeutes ?

5 réponses



Si oui, quelle type de collaboration existe-t-il ?

4 réponses

Aide aux contentions et à l'installation au lit / au fauteuil ; partage des objectifs ou insistance sur certains objectifs demandés par le kiné à l'ergo ou vice-versa ; accueil des étudiants : étudiant ergo qui suit un kiné DE et étudiant kiné qui suit un ergo diplômé ; topos présentés aux étudiants de l'autre profession

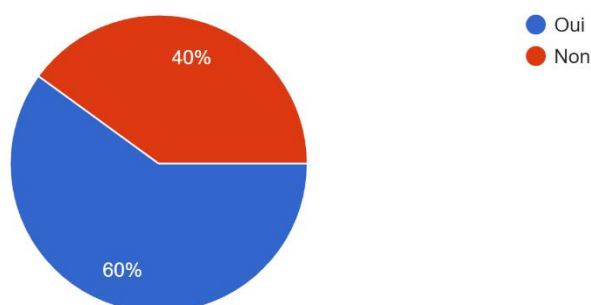
- Complémentarité des techniques, nous savons ce que les ergos travaillent principalement lors de leurs séances, ce qui nous permet d'axer les séances Kinés sur un autre déficit ou au contraire de faire deux fois les mêmes techniques pour répéter et accentuer le travail sur un même déficit.
- Correspondance avec les ergos par téléphone, lors des synthèses pluridisciplinaires ou à la lecture de transmissions écrites dans le logiciel de gestion hospitalier

échanges sur les bilans, sur les objectifs de rééducation, sur le comportement du patient...

sur le service de post avc travail en complémentarité sur la PEC des patients post avc

Réalisez-vous des séances en commun avec les ergothérapeutes ?

5 réponses



Si oui, précisez le contenu des séances en commun.

3 réponses

Ce n'est pas dans la majorité des cas, mais cela peut arriver, notamment lors de la rééducation des transferts et de l'équilibre, ou de séance de verticalisation (mise au standing du patient par le kiné, et sollicitation MSup parétique par l'ergo).

parfois le premier lever au fauteuil roulant

installation au fauteuil par exemple

Pensez-vous à quelque chose de pertinent à rajouter ?

Une réponse

non

Avez-vous un retour ou des conseils concernant ce questionnaire ?

5 réponses

non

Questionnaire intéressant ; il faudrait promouvoir le travail entre ergothérapeutes et kinésithérapeutes dans les structures où cela est possible

Sujet très intéressant, bon courage pour votre mémoire.

Annexe 6 : Les valeurs de l'ergothérapeute et leurs définitions

Valeur	Définition
Approche centrée sur le client	Le fait pour l'ergothérapeute d'inclure les attentes, les points de vue et les besoins des clients tout au long de la démarche clinique.
Approche écologique	La prise en compte par l'ergothérapeute des facteurs environnementaux (physique, social, institutionnel ou culturel) qui affectent la participation occupationnelle des clients.
Autonomie décisionnelle	L'implication des clients dans les décisions qui les concernent, et ce, selon leurs capacités.
Autonomie fonctionnelle	La capacité des clients à réaliser leurs activités quotidiennes dans leur environnement physique, social, institutionnel et culturel.
Autonomie professionnelle	La liberté de penser, de décider et d'agir de l'ergothérapeute dans le cadre de sa pratique.
Collaboration et partenariat	La coopération (travail conjoint) avec les clients, collègues, partenaires et tout autre acteur concerné.
Confiance	La disposition de l'ergothérapeute à établir des liens interpersonnels, de façon à créer un climat sécurisant et propice aux confidences.
Confidentialité	Le fait pour l'ergothérapeute de préserver le secret des informations recueillies dans le cadre de sa pratique et de protéger la vie privée des clients.
Créativité	La faculté d'imagination et d'invention de l'ergothérapeute dans sa pratique.
Dignité humaine	La valeur inestimable (absolue) et intrinsèque (en soi) des personnes (clients, collègues, partenaires ...).
Efficienc	La capacité des intervenants et des organisations à produire un maximum de résultats avec un minimum de temps et de moyens, ce qui implique une utilisation optimale des ressources disponibles.
Egalité	La vision selon laquelle les êtres humains ont tous la même valeur morale et méritent la même considération.
Empathie	La faculté de l'ergothérapeute de percevoir et de comprendre ce que l'autre ressent, d'être sensible à la subjectivité de ce dernier.

Empowerment	La disposition de l'ergothérapeute à soutenir les clients dans l'exercice du pouvoir qui leur revient.
Engagement occupationnel	La mobilisation et la participation des clients dans les activités significatives pour eux.
Holisme	La considération globale des clients, c'est-à-dire la prise en compte des dimensions affective, cognitive, physique, sociale et spirituelle.
Honnêteté	La disposition de l'ergothérapeute à être franc, transparent et à dire la vérité.
Innovation	Le fait pour l'ergothérapeute d'emprunter de nouvelles avenues dans le cadre de sa pratique.
Intégrité	Le fait pour l'ergothérapeute d'agir conformément à sa conscience éthique.
Justice occupationnelle	L'équité dans la distribution des opportunités offertes aux êtres humains de participer à des activités significatives (sens) ou significatives (importantes) pour eux.
Justice sociale	La distribution équitable des opportunités entre les personnes, c'est-à-dire le partage entre elles des responsabilités sociales (devoirs et obligations) ainsi que des bénéfices sociaux (droits et avantages), et ce, sans discriminations.
Liberté	Le pouvoir de penser, de prendre la parole et d'agir des êtres humains, l'absence de contraintes.
Partage de pouvoir	Le fait pour l'ergothérapeute de répartir le pouvoir entre les personnes (clients, collègues, partenaires ...).
Pensée critique	L'analyse sérieuse et rigoureuse des éléments portés à son attention et l'appréciation de ceux-ci.
Pratique probante	Le fait pour l'ergothérapeute de réaliser des interventions qui tiennent compte des résultats de recherche (données probantes), de l'expérience professionnelle, du point de vue des clients et des ressources disponibles.
Pratique réflexive	Le fait pour l'ergothérapeute d'être compétent, réflexif et d'agir de manière éthique dans le cadre de sa pratique.

Professionnalisme	La qualité de l'ergothérapeute d'être compétent, réflexif et d'agir de manière éthique dans le cadre de sa pratique.
Qualité de vie	La satisfaction et le sentiment de bien-être personnel des clients quant à leur existence.
Respect	Le fait pour l'ergothérapeute de considérer les personnes (clients, collègues, partenaires ...) avec égards et d'agir en conséquence.
Santé	L'état de bien-être physique, mental, spirituel et social, tel que perçu par les clients.
Sécurité	La protection de l'intégrité physique, affective et psychologique des clients.
Signifiante occupationnelle	Le sens que les clients accordent à leurs occupations.
Sollicitude	La disposition de l'ergothérapeute à manifester de la bienveillance, du « care » et de la compassion à l'endroit des clients.
Spiritualité	La considération par l'ergothérapeute des valeurs et des croyances qui donnent un sens à l'existence des clients.

Annexe 7 : Matrice de l'outil qualitatif

Grille d'entretien du médecin et du masseur-kinésithérapeute

Introduction à l'entretien

Cet entretien entre dans le cadre de ma recherche pour mon mémoire de fin d'étude d'ergothérapie.

L'objectif de cet entretien est de recueillir **vos représentations** concernant la pratique de l'ergothérapeute en SSR afin d'analyser leurs impact sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

Cet entretien est anonyme et les données confidentielles. Il n'y a aucun jugement de valeur, l'objectif étant de recueillir votre ressenti et votre vécu.

L'entretien va durer entre 30 minutes et 1 heure. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions. Vous pouvez arrêter cet entretien à tout moment si vous le souhaitez.

L'entretien sera enregistré afin de retranscrire au mieux vos propos. Cet enregistrement sera confidentiel.

➔ Avez-vous des questions avant de commencer ?

Grille d'entretien – Médecin et Masseur-kinésithérapeute

Objet de recherche

Etude sur les représentations des médecins et des masseur-kinésithérapeutes sur l'ergothérapie et regards sur leur influence sur l'identité professionnelle et la pratique de l'ergothérapeute.

Questions d'amorces

-1- Depuis quand êtes-vous diplômés ?

-2- Avez-vous travaillé dans d'autres structures avant celle dans laquelle vous êtes actuellement, si oui, lesquelles ?

-3- Pouvez-vous me parler de l'établissement dans lequel vous travaillez ?

Questions inaugurale

-1- Pouvez-vous me décrire la pratique des ergothérapeutes dans votre établissement ?

-2- Pouvez-vous me parler de l'ergothérapie « en général » ?

Question finale

Avez-vous autre chose à rajouter à cet entretien ?

Grille d'entretien de l'ergothérapeuteIntroduction à l'entretien

Cet entretien entre dans le cadre de ma recherche pour mon mémoire de fin d'étude d'ergothérapie.

L'objectif de cet entretien est de recueillir **votre pratique professionnelle** précise pour de comparer avec les réponses de vos collègues médecins et masseur-kinésithérapeute afin de se faire une idée de leurs représentations concernant votre métier et votre pratique.

Cet entretien est anonyme et les données confidentielles. Il n'y a aucun jugement de valeur, l'objectif étant de recueillir votre ressenti et votre vécu.

L'entretien va durer entre 30 minutes et 1 heure. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions. Vous pouvez arrêter cet entretien à tout moment si vous le souhaitez.

L'entretien sera enregistré afin de retranscrire au mieux vos propos. Cet enregistrement sera confidentiel.

➔ Avez-vous des questions avant de commencer ?

Grille d'entretien – Ergothérapeute

Objet de recherche

Etude sur les représentations des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes sur l'ergothérapie et regards sur leur influence sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

Questions d'amorces

-1- Depuis quand êtes-vous diplômés ?

-2- Avez-vous travaillé dans d'autres structures avant celle dans laquelle vous êtes actuellement, si oui, lesquelles ?

-3- Pouvez-vous me parler de la structure dans laquelle vous travaillez ?

Question inaugurale

Pouvez-vous me décrire, le plus précisément possible, votre pratique au sein de cet établissement ?

Question finale

Avez-vous autre chose à rajouter aux entretiens ?

Annexe 8 : Matrice de l'étude quantitative

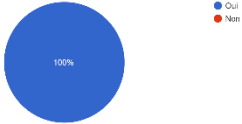
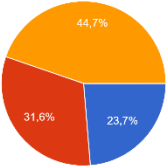
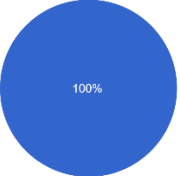
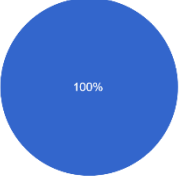
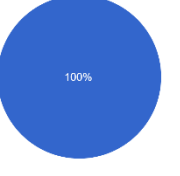
Variable étudiée	Questions pour les médecins	Questions pour les ergothérapeutes	Questions pour les masseur-kinésithérapeutes
Consentement	Etes-vous d'accord pour répondre à ce questionnaire et autorisez-vous l'utilisation de vos réponses en vue d'une communication écrite et orale ? - Oui - Non		
Profession exercée	Quelle profession exercez-vous ? - Médecin - Ergothérapeute - Masseur-Kinésithérapeute		
Lieu d'exercice	Je travaille dans un service de soins et de rééducation / réadaptation. - Oui - Non - Autre : ...		
Environnement social et professionnel	Dans ma structure, je travaille avec des ergothérapeutes et des masseur-kinésithérapeutes. - Oui - Non - Autre : ...	Dans ma structure, je travaille avec des médecins et des masseur-kinésithérapeutes. - Oui - Non - Autres : ...	Dans ma structure, je travaille avec des ergothérapeutes et des médecins. - Oui - Non - Autres : ...
Spécialité exercée	Quelle est la spécialité que vous exercez ?		
L'influence des représentations	Pensez-vous que vos représentations sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute sont représentatives de la réalité ?	Pensez-vous que les médecins de votre établissement ont une représentation réelle de votre pratique professionnelle ?	
	Pensez-vous que vos représentations sur l'ergothérapie influencent la pratique professionnelle de l'ergothérapeute ?	Pensez-vous que les représentations des médecins sur l'ergothérapie ont une influence sur votre pratique professionnelle ?	
	Pensez-vous que vos représentations sur l'ergothérapie influencent l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?	Pensez-vous que les représentations des médecins sur l'ergothérapie ont une influence sur votre identité professionnelle ?	
		Pensez-vous que les masseur-kinésithérapeutes ont une	Pensez-vous que vos représentations sur la pratique professionnelle de

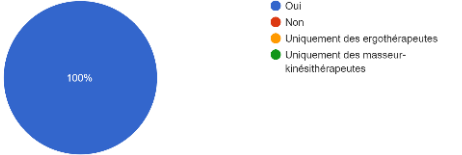
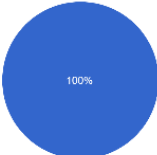

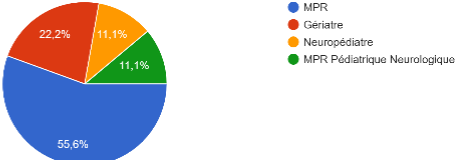
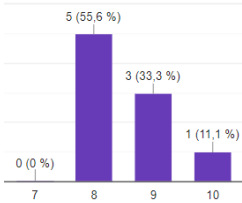
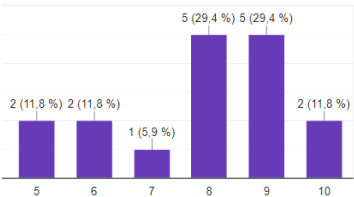
		représentation réelle de votre pratique professionnelle ?	l'ergothérapeute sont représentatives de la réalité ?
		Pensez-vous que les représentations des masseur-kinésithérapeutes sur l'ergothérapie ont une influence sur votre pratique professionnelle ?	Pensez-vous que vos représentations sur l'ergothérapie ont une influence sur la pratique de l'ergothérapeute ?
		Pensez-vous que les représentations des masseur-kinésithérapeutes sur l'ergothérapie ont une influence sur votre identité professionnelle ?	Pensez-vous que vos représentations ont une influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?
Influence des prescriptions médicales		Pensez-vous que vos prescriptions médicales sont représentatives de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute ?	Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez sont représentatives de votre pratique professionnelle ?
		Pensez-vous que vos prescriptions médicales ont une influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute ?	Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez ont une influence sur votre pratique professionnelle ?
		Pensez-vous que vos prescriptions médicales ont une influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?	Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez ont une influence sur votre identité professionnelle ?
		Pensez-vous que vos prescriptions médicales sont représentatives de la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes ?	Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez reflètent de votre pratique professionnelle ?
		Pensez-vous que vos prescriptions médicales ont une influence sur la pratique professionnelle du masseur-kinésithérapeute ?	Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez ont une influence sur votre pratique professionnelle ?
		Pensez-vous que vos prescriptions médicales ont une influence sur	Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez ont un

	l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute ?	influence sur votre identité professionnelle ?
Prescription médicale et communication professionnelle	<p>La transmission d'une prescription médicale est un moyen d'entretenir une communication professionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tout à fait d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Pas du tout d'accord 	<p>La transmission d'une prescription médicale est un moyen d'entretenir une communication professionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tout à fait d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Pas du tout d'accord
	<p>La transmission d'une prescription médicale suffit à elle seule comme moyen de communication professionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tout à fait d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Pas du tout d'accord 	<p>La transmission d'une prescription médicale suffit à elle seule comme moyen de communication professionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tout à fait d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Ni d'accord, ni pas d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Pas du tout d'accord
Communication professionnelle	<p>A combien estimez-vous la qualité de la communication professionnelle que vous entretenez avec les ergothérapeutes ?</p>	<p>A combien estimez-vous la qualité de la communication professionnelle que vous entretenez avec les médecins de votre établissement ?</p>
	<p>Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec l'ergothérapeute influence sa pratique professionnelle ?</p>	<p>Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec les médecins a une influence sur votre pratique professionnelle ?</p>

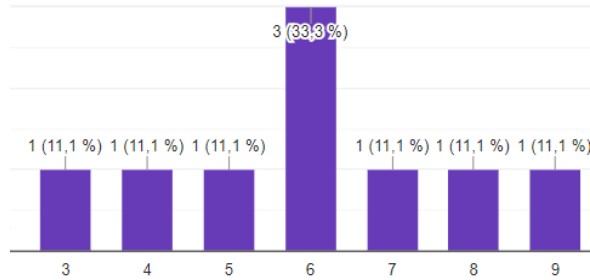
	<p>Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec l'ergothérapeute influence son identité professionnelle ?</p>	<p>Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec les médecins a une influence sur votre identité professionnelle ?</p>	
		<p>A combien estimez-vous la qualité de la communication professionnelle que vous entretenez avec les masseur-kinésithérapeutes de votre établissement ?</p>	<p>A combien estimez-vous la qualité de la communication professionnelle que vous entretenez avec les ergothérapeutes ?</p>
		<p>Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec les masseur-kinésithérapeutes a une influence sur votre pratique professionnelle ?</p>	<p>Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec l'ergothérapeute a une influence sur sa pratique professionnelle ?</p>
		<p>Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec les masseur-kinésithérapeutes a une influence sur votre identité professionnelle ?</p>	<p>Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec l'ergothérapeute a une influence sur son identité professionnelle ?</p>

Annexe 9 : Tableau de résultats de l'étude quantitative

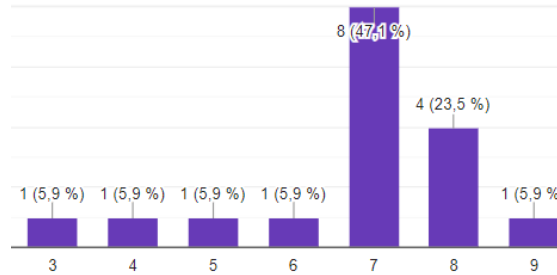
Variable étudiée	Questions pour les médecins	Questions pour les ergothérapeutes	Questions pour les masseur-kinésithérapeutes
Consentement	<p data-bbox="752 416 1189 459">Etes-vous d'accord pour répondre à ce questionnaire et autorisez-vous l'utilisation de vos réponses en vue d'une communication écrite et orale ? 38 réponses</p>  <p data-bbox="1043 480 1077 504">● Oui ● Non</p>		
Profession exercée	<p data-bbox="725 687 949 727">Quelle profession exercez-vous ? 38 réponses</p>  <p data-bbox="1128 751 1274 799">● Médecin ● Masseur-Kinésithérapeute ● Ergothérapeute</p>		
Lieu d'exercice	<p data-bbox="322 1034 815 1074">Je travaille dans un service de soins et de rééducation / réadaptation. 9 réponses</p>  <p data-bbox="752 1102 797 1134">● Oui ● Non</p>	<p data-bbox="976 1026 1469 1066">Je travail dans une structure de soins et de rééducation / réadaptation. 17 réponses</p>  <p data-bbox="1406 1094 1451 1126">● Oui ● Non</p>	<p data-bbox="1644 1042 2114 1082">Je travail dans une structure de soins et de rééducation / réadaptation. 12 réponses</p>  <p data-bbox="2040 1110 2085 1142">● Oui ● Non</p>

<p>Environnement social et professionnel</p>	<p>Dans ma structure, je travaille avec des ergothérapeutes et des masseur-kinésithérapeutes. 9 réponses</p>  <p>100%</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui Non Uniquement des ergothérapeutes Uniquement des masseur-kinésithérapeutes 	<p>Dans ma structure, il y a également des masseur-kinésithérapeutes et des médecins. 17 réponses</p>  <p>100%</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui Non Uniquement des médecins (pas de masseur-kinésithérapeutes) 	<p>Dans ma structure, il y a également des ergothérapeutes et des médecins. 12 réponses</p>  <p>100%</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui Non Uniquement des médecins (pas d'ergothérapeutes)
<p>Spécialité exercée</p>	<p>Quelle est la spécialité que vous exercez ? 9 réponses</p>  <p>55,6% 22,2% 11,1% 11,1%</p> <ul style="list-style-type: none"> MPR Gériatre Neuropédiatre MPR Pédiatrique Neurologique 		
<p>L'influence des représentations</p>	<p>Pensez-vous que vos représentations sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute sont représentatives de la réalité ?</p>  <p>5 (55,6%) 3 (33,3%) 1 (11,1%) 0 (0%)</p> <p>7 8 9 10</p>	<p>Pensez-vous que les médecins de votre établissement ont une représentation réelle de votre pratique professionnelle ?</p>  <p>2 (11,8%) 2 (11,8%) 1 (5,9%) 5 (29,4%) 5 (29,4%) 2 (11,8%)</p> <p>5 6 7 8 9 10</p>	

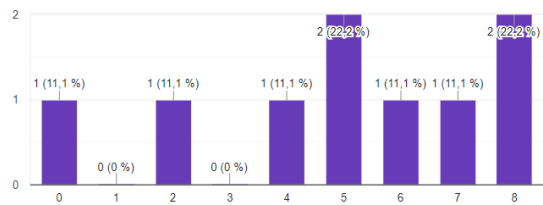
Pensez-vous que vos représentations sur l'ergothérapie influencent la pratique professionnelle de l'ergothérapeute ?



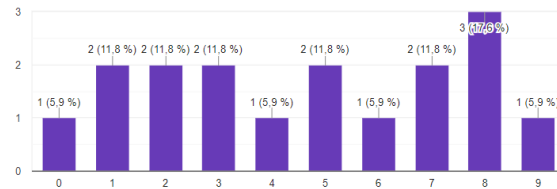
Pensez-vous que les représentations des médecins sur l'ergothérapie ont une influence sur votre pratique professionnelle ?



Pensez-vous que vos représentations sur l'ergothérapie influencent l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?



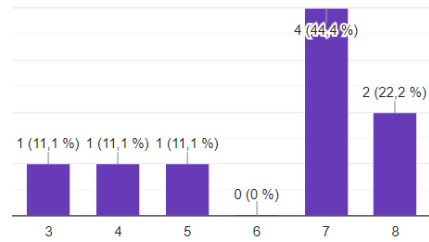
Pensez-vous que les représentations des médecins sur l'ergothérapie ont une influence sur votre identité professionnelle ?



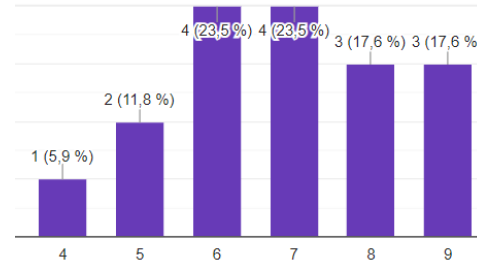
		<p>Pensez-vous que les masseur-kinésithérapeutes ont une représentation réelle de votre pratique professionnelle ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Count</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>3</td> <td>17,6 %</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>0</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>4</td> <td>23,5 %</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>3</td> <td>17,6 %</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>6</td> <td>35,3 %</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>1</td> <td>5,9 %</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Count	Percentage	4	3	17,6 %	5	0	0 %	6	4	23,5 %	7	3	17,6 %	8	6	35,3 %	9	1	5,9 %	<p>Pensez-vous que vos représentations sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute sont représentatives de la réalité ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Count</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td> <td>4</td> <td>33,3 %</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>6</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>2</td> <td>16,7 %</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Count	Percentage	7	4	33,3 %	8	6	50 %	9	2	16,7 %																																	
Rating	Count	Percentage																																																																			
4	3	17,6 %																																																																			
5	0	0 %																																																																			
6	4	23,5 %																																																																			
7	3	17,6 %																																																																			
8	6	35,3 %																																																																			
9	1	5,9 %																																																																			
Rating	Count	Percentage																																																																			
7	4	33,3 %																																																																			
8	6	50 %																																																																			
9	2	16,7 %																																																																			
		<p>Pensez-vous que les représentations des masseur-kinésithérapeutes sur l'ergothérapie ont une influence sur votre pratique professionnelle ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Count</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> <td>11,8 %</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> <td>17,6 %</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> <td>23,5 %</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>0</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> <td>11,8 %</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>1</td> <td>5,9 %</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>3</td> <td>17,6 %</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>1</td> <td>5,9 %</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>1</td> <td>5,9 %</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Count	Percentage	0	2	11,8 %	1	0	0 %	2	3	17,6 %	3	4	23,5 %	4	0	0 %	5	2	11,8 %	6	1	5,9 %	7	3	17,6 %	8	1	5,9 %	9	1	5,9 %	<p>Pensez-vous que vos représentations sur l'ergothérapie ont une influence sur la pratique de l'ergothérapeute ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Count</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>16,7 %</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> <td>25 %</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>0</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1</td> <td>8,3 %</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>0</td> <td>0 %</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>3</td> <td>25 %</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>1</td> <td>8,3 %</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>1</td> <td>8,3 %</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>1</td> <td>8,3 %</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Count	Percentage	1	2	16,7 %	2	3	25 %	3	0	0 %	4	0	0 %	5	1	8,3 %	6	0	0 %	7	3	25 %	8	1	8,3 %	9	1	8,3 %	10	1	8,3 %
Rating	Count	Percentage																																																																			
0	2	11,8 %																																																																			
1	0	0 %																																																																			
2	3	17,6 %																																																																			
3	4	23,5 %																																																																			
4	0	0 %																																																																			
5	2	11,8 %																																																																			
6	1	5,9 %																																																																			
7	3	17,6 %																																																																			
8	1	5,9 %																																																																			
9	1	5,9 %																																																																			
Rating	Count	Percentage																																																																			
1	2	16,7 %																																																																			
2	3	25 %																																																																			
3	0	0 %																																																																			
4	0	0 %																																																																			
5	1	8,3 %																																																																			
6	0	0 %																																																																			
7	3	25 %																																																																			
8	1	8,3 %																																																																			
9	1	8,3 %																																																																			
10	1	8,3 %																																																																			
		<p>Pensez-vous que les représentations des masseur-kinésithérapeutes sur l'ergothérapie ont une influence sur votre identité professionnelle ?</p>	<p>Pensez-vous que vos représentations ont une influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?</p>																																																																		

		<p>A bar chart with x-axis values from 0 to 9 and y-axis from 0 to 6. The bars represent the number of responses and their percentage of the total.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>2</td><td>11,8 %</td></tr> <tr><td>1</td><td>5</td><td>29,4 %</td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> <tr><td>3</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td><td>17,6 %</td></tr> <tr><td>5</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> <tr><td>6</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> <tr><td>7</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> <tr><td>8</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> <tr><td>9</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> </tbody> </table>	Response	Count	Percentage	0	2	11,8 %	1	5	29,4 %	2	1	5,9 %	3	1	5,9 %	4	3	17,6 %	5	1	5,9 %	6	1	5,9 %	7	1	5,9 %	8	1	5,9 %	9	1	5,9 %	<p>A bar chart with x-axis values from 2 to 10 and y-axis from 0 to 6. The bars represent the number of responses and their percentage of the total.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2</td><td>3</td><td>25 %</td></tr> <tr><td>3</td><td>1</td><td>8,3 %</td></tr> <tr><td>4</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>5</td><td>3</td><td>25 %</td></tr> <tr><td>6</td><td>1</td><td>8,3 %</td></tr> <tr><td>7</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>8</td><td>3</td><td>25 %</td></tr> <tr><td>9</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>10</td><td>1</td><td>8,3 %</td></tr> </tbody> </table>	Response	Count	Percentage	2	3	25 %	3	1	8,3 %	4	0	0 %	5	3	25 %	6	1	8,3 %	7	0	0 %	8	3	25 %	9	0	0 %	10	1	8,3 %
Response	Count	Percentage																																																																
0	2	11,8 %																																																																
1	5	29,4 %																																																																
2	1	5,9 %																																																																
3	1	5,9 %																																																																
4	3	17,6 %																																																																
5	1	5,9 %																																																																
6	1	5,9 %																																																																
7	1	5,9 %																																																																
8	1	5,9 %																																																																
9	1	5,9 %																																																																
Response	Count	Percentage																																																																
2	3	25 %																																																																
3	1	8,3 %																																																																
4	0	0 %																																																																
5	3	25 %																																																																
6	1	8,3 %																																																																
7	0	0 %																																																																
8	3	25 %																																																																
9	0	0 %																																																																
10	1	8,3 %																																																																
<p>Influence des prescriptions médicales</p>	<p>Pensez-vous que vos prescriptions médicales sont représentatives de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute ?</p> <p>A bar chart with x-axis values from 5 to 9 and y-axis from 0 to 6. The bars represent the number of responses and their percentage of the total.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>3</td><td>33,3 %</td></tr> <tr><td>6</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>7</td><td>0</td><td>0 %</td></tr> <tr><td>8</td><td>5</td><td>55,6 %</td></tr> <tr><td>9</td><td>1</td><td>11,1 %</td></tr> </tbody> </table>	Response	Count	Percentage	5	3	33,3 %	6	0	0 %	7	0	0 %	8	5	55,6 %	9	1	11,1 %	<p>Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez sont représentatives de votre pratique professionnelle ?</p> <p>A bar chart with x-axis values from 3 to 10 and y-axis from 0 to 6. The bars represent the number of responses and their percentage of the total.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>3</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> <tr><td>4</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>29,4 %</td></tr> <tr><td>6</td><td>2</td><td>11,8 %</td></tr> <tr><td>7</td><td>4</td><td>23,5 %</td></tr> <tr><td>8</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> <tr><td>9</td><td>2</td><td>11,8 %</td></tr> <tr><td>10</td><td>1</td><td>5,9 %</td></tr> </tbody> </table>	Response	Count	Percentage	3	1	5,9 %	4	1	5,9 %	5	5	29,4 %	6	2	11,8 %	7	4	23,5 %	8	1	5,9 %	9	2	11,8 %	10	1	5,9 %																			
Response	Count	Percentage																																																																
5	3	33,3 %																																																																
6	0	0 %																																																																
7	0	0 %																																																																
8	5	55,6 %																																																																
9	1	11,1 %																																																																
Response	Count	Percentage																																																																
3	1	5,9 %																																																																
4	1	5,9 %																																																																
5	5	29,4 %																																																																
6	2	11,8 %																																																																
7	4	23,5 %																																																																
8	1	5,9 %																																																																
9	2	11,8 %																																																																
10	1	5,9 %																																																																

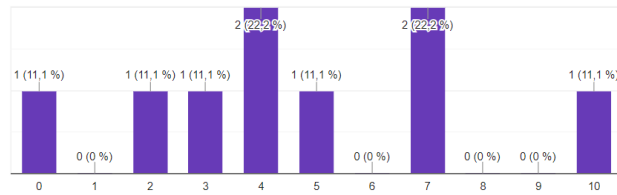
Pensez-vous que vos prescriptions médicales ont une influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute ?



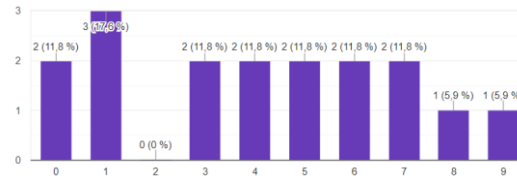
Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez ont une influence sur votre pratique professionnelle ?



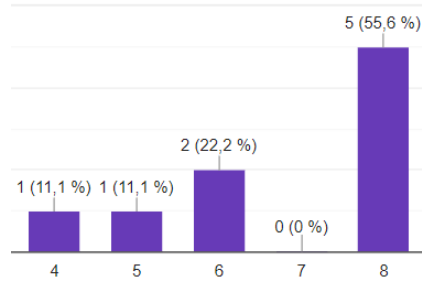
Pensez-vous que vos prescriptions médicales ont une influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute ?



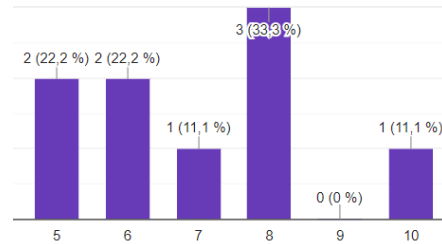
Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez ont une influence sur votre identité professionnelle ?



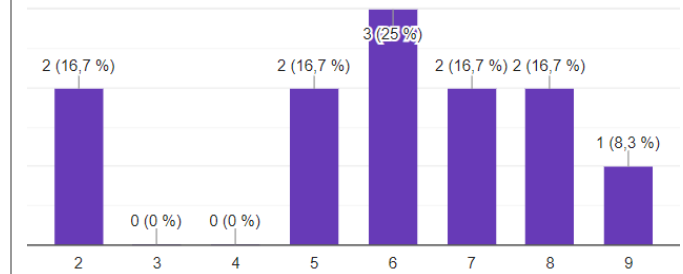
Pensez-vous que vos prescriptions médicales sont représentatives de la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes ?



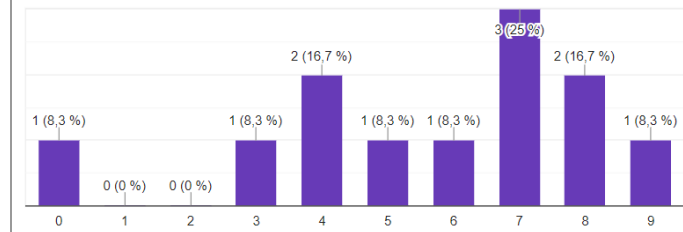
Pensez-vous que vos prescriptions médicales ont une influence sur la pratique professionnelle du masseur-kinésithérapeute ?



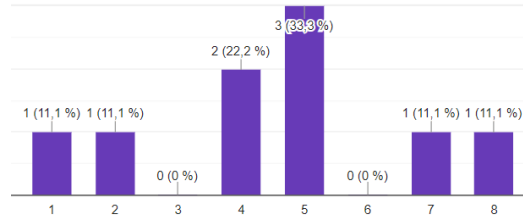
Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez reflètent de votre pratique professionnelle ?



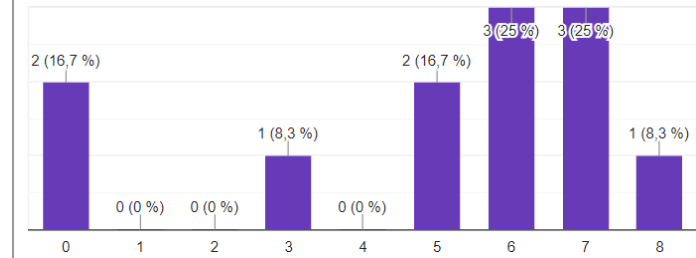
Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez ont une influence sur votre pratique professionnelle ?



Pensez-vous que vos prescriptions médicales ont une influence sur l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute ?

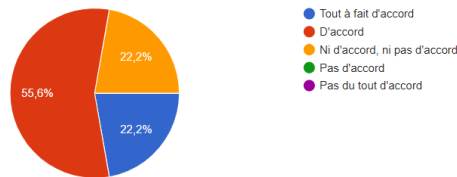


Pensez-vous que les prescriptions médicales que vous recevez ont une influence sur votre identité professionnelle ?

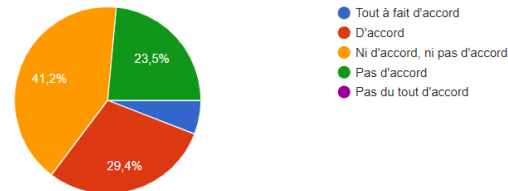


Prescription médicale et communication professionnelle

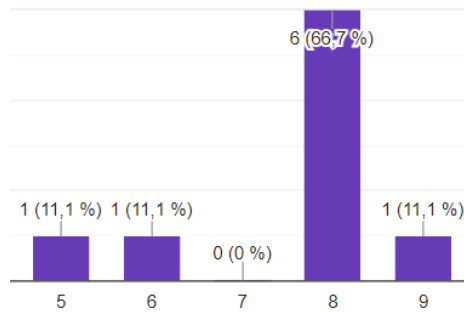
La transmission d'une prescription médicale est un moyen d'entretenir une communication professionnelle.



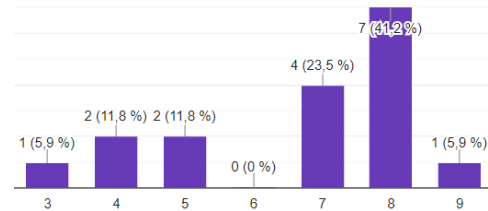
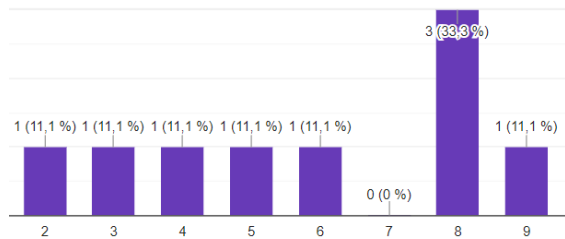
La transmission d'une prescription médicale est un moyen d'entretenir une communication professionnelle.



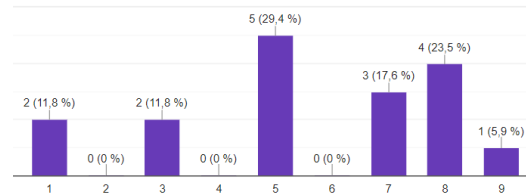
	<p>La transmission d'une prescription médicale suffit à elle seule comme moyen de communication professionnelle.</p> <p> ● Tout à fait d'accord ● D'accord ● Ni d'accord, ni pas d'accord ● Pas d'accord ● Pas du tout d'accord </p>	<p>La transmission d'une prescription médicale suffit à elle seule comme moyen de communication professionnelle.</p> <p> ● Tout à fait d'accord ● D'accord ● Ni d'accord, ni pas d'accord ● Pas d'accord ● Pas du tout d'accord </p>	
<p>Communication professionnelle</p>	<p>A combien estimez-vous la qualité de la communication professionnelle que vous entretenez avec les ergothérapeutes ?</p>	<p>A combien estimez-vous la qualité de la communication professionnelle que vous entretenez avec les médecins de votre établissement ?</p>	
	<p>Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec l'ergothérapeute influence sa pratique professionnelle ?</p>	<p>Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec les médecins a une influence sur votre pratique professionnelle ?</p>	



Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec l'ergothérapeute influence son identité professionnelle ?

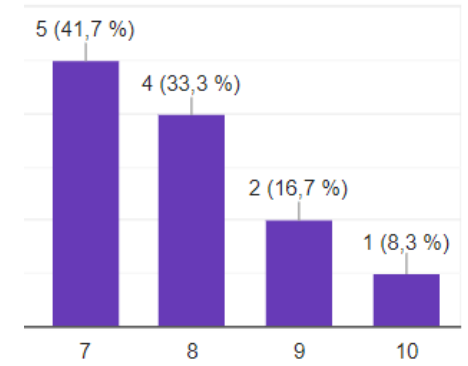
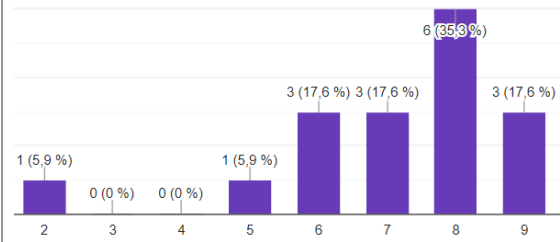


Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec les médecins a une influence sur votre identité professionnelle ?

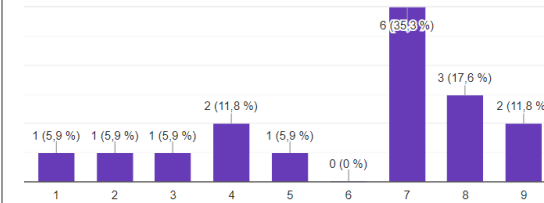


A combien estimez-vous la qualité de la communication professionnelle que vous entretenez avec les masseur-kinésithérapeutes de votre établissement ?

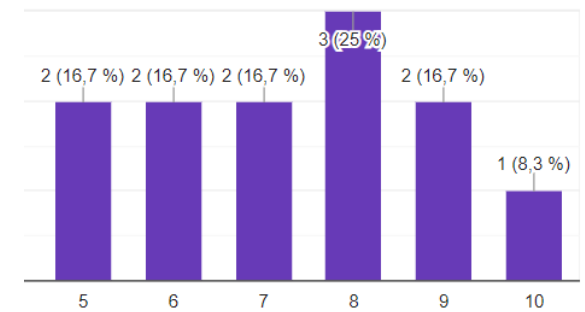
A combien estimez-vous la qualité de la communication professionnelle que vous entretenez avec les ergothérapeutes ?



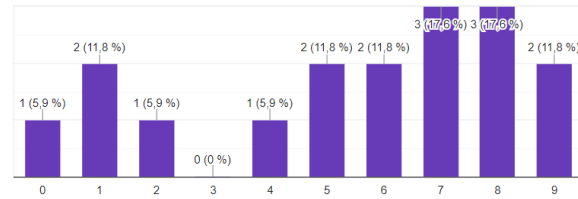
Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec les masseur-kinésithérapeutes a une influence sur votre pratique professionnelle ?



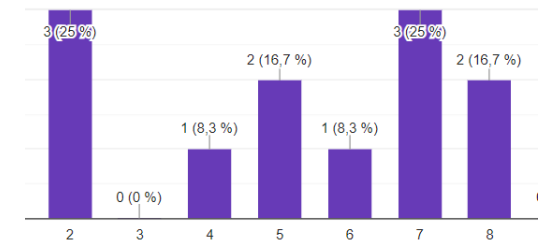
Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec l'ergothérapeute a une influence sur sa pratique professionnelle ?



Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec les masseur-kinésithérapeutes a une influence sur votre identité professionnelle ?



Pensez-vous que la communication professionnelle que vous entretenez avec l'ergothérapeute a une influence sur son identité professionnelle ?



Annexe 10 : Formulaire de consentement à la recherche

Formulaire du recueil de consentement à la recherche (en 2 exemplaire)

« Etude de la représentation du corps médical et des masseur-kinésithérapeutes sur l'ergothérapie et regard sur l'influences de ces dernières sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute »

Ségolène MAGNANT, segolene.magnant@etu.univ-amu.fr, investigatrice principale m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « **Etude de la représentation du corps médical et des masseur-kinésithérapeutes sur l'ergothérapie et regard sur l'influences de ces dernières sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute** » en collaboration avec l'investigateur secondaire Sophie ALBUQUERQUE.

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans le loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGPD »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de Ségolène MAGNANT.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « **Etude de la représentation du corps médical et des masseur-kinésithérapeutes sur l'ergothérapie et regard sur l'influences de ces dernières sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute** ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à Le

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche : Nom Prénom

Investigateur principal : Nom prénom

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et appro

Signature :

Annexe 11 : Tableau d'analyse des entretiens

	Ergothérapeute	Médecin MPR	Masseur-Kinésithérapeute
Conception du projet d'intervention	<p>Réalisation de bilans</p> <p>« Lorsqu'on a la prescription [...] on fait un entretien, un bilan d'entrée. » (L.16-17)</p> <p>« Les bilans sont classés par catégorie. Il y a des bilans d'autonomie, celui-là c'est celui qu'on va faire systématiquement. Et ensuite, n'a des bilans pour l'équilibre, les transferts, les membres supérieurs, ou alors pour bilanter la neuropsychologie, le cognitif. Il y a aussi des bilans de force. » (L.19-22)</p> <p>« C'est selon la pathologie d patient, on bilante, toujours avec l'accord du médecin. Souvent à la première prescription, le médecin demande à ce qu'on bilante le patient [...] Après, on met notre avis aussi, si on voit qu'il y a un bilan qu'on ne puisse pas réaliser, ou alors qu'il manque un bilan, on le signale au</p>	<p>« Les ergothérapeutes elles s'occupent de faire les bilans en termes de préhension [...] Elles ont une fonction pour les bilans, les bilans d'entrée, les bilans d'autonomie, les bilans pour les actes de la vie quotidienne. » (L.31-32)</p>	<p>« Ils font aussi des bilans de leurs côtés » (L. 50)</p> <p>« Les bilans de tout ce qui va être l'autonomie, en fait au quotidien [...] tous les tests de dextérité du membre supérieur, la force de préhension » (L. 52-54)</p> <p>« Ils vont faire tout ce qui est en rapport avec les actes de la vie quotidienne, Enfin, pour voir comment les patients se débrouillent au niveau de la toilette, de l'habillage. » (L. 28-30)</p>

médecin et le médecin nous dit qu'il faut le faire ou pas » (L.25-27)

« On regarde par rapport à l'autonomie, qu'est-ce qu'il est capable de faire, c'est à regarder s'il n'y pas de meilleures méthodes. Et ce qu'il ne sait pas faire, le but ce n'est pas qu'il le fasse tout de suite. Le but c'est de savoir qu'il ne sait pas faire cette activité » (L.78-82)

Mise en place d'objectifs thérapeutiques

« On fait chacun nos objectifs de prise en charge » (L.37)

« Ce que je fais, c'est que, avant de valider tout ça, j'en parle au patient [...] et je lui demande, avant d'être d'accord avec moi, est-ce que lui, il a des objectifs » (L.41-42)

« Si le patient me dit « je veux tenir l'équilibre » et beh je vais plutôt accentuer ma prise en charge sur l'équilibre de la personne tout en bossant les membres supérieurs

	<p>[...]. Parce que je sais que c'est l'objectif du patient. » (L.45-47)</p> <p>« Alors au niveau des objectifs, c'est important de hiérarchiser les objectifs, par exemple, tu peux avoir 7 objectifs pour la même personne mais tu vas prioriser ce qui est le plus important » (L.71-72)</p> <p>« La principal, c'est que l'activité soit significative et signifiante [...] tout en respectant, bien-sûr, les objectifs, ça c'est sûr » (L.104)</p> <p>« Tous est combiné pour accéder au même objectifs derrière » (L.117-118)</p>		
La rééducation	Installation et confort		
	<p>« Le plus important, c'est de soulager la douleur, les points d'appuis, il faut bien positionner le patient. Ou alors le mettre dans une situation de confort. [...] Le principal, c'est qu'il soit dans une situation de bien-être. » (L. 73-75)</p>	<p>« La prise en charge de la douleur » (L.62-63)</p>	<p>« Ils s'occupent plus, déjà, de tout ce qui est pour les fauteuils roulants. » (L.25-26)</p> <p>« Et aussi ils font pas mal, s'il y a besoin, des attelles de repos, tout ce</p>

« Ensuite, après quand le patient est bien installé, qu'il souffre moins, qu'il n'a pas d'escarre, que tout est pris en compte, y compris les attelles ou alors des ceintures lombaires, une peau de mouton pour soulager le talon. Voilà la base, c'est ça » (L.75-78)

qui va être attelle. Ils font aussi des adaptations sur le fauteuil, s'il y a besoin de rajouter des mousses, des choses comme ça. Si le fauteuil blesse le patient, par exemple » (L.42-44)

Rééducation fonctionnelle

« A la base, il vaut mieux rééduquer la personne dans les gestes qu'elle n'arrive pas à faire » (L.88)

« Ce qui est bien, c'est qu'on peut faire plusieurs activités, on peut très bien rééduquer, en une séance, un peu les membres supérieurs, un peu les fonctions cognitives, un peu les fonctions neuropsychologiques, un peu l'équilibre, des fois on peut tout faire en même temps. » (L. 106-109)

« Une activité fonctionnelle, ça pourrait être pour travailler le membre supérieur, les fonctions cognitives, le tonus du tronc,

« Il y a tout ce qui est rééducation au niveau des préhensions » (L.62)

« C'est assez centré sur le membre supérieur chez nous et sur les préhensions. » (L.66-68)

« Ils travaillent aussi tout ce qui est plus en rapport avec le membre supérieur, les préhensions, les choses comme ça » (L.41-42)

redressement et fonctions neuropsychologiques, ça peut être, tout simplement, une partie d'échec » (L.115-117)

Rééducation analytique

« L'analytique, c'est plutôt, par exemple, les systèmes vibratoires à mettre sur des tendons pour que la personne puisse ressentir les mouvements » (L.113-114)

« Ce sont les ergothérapeutes qui s'occupent du Vibramoov » (L.63-64)

« Les vibrations, c'est un peu plus spécifique. C'est pour faire ressentir à la personne un mouvement. [...] c'est lorsqu'elle a un manque de sensibilité, surtout un problème proprioceptif. Ou alors, des nerfs sectionnés, [...]. Ça permet au cerveau de redonner le bon mouvement à la partie qui est demandée » (L.246-253)

Rééducation robotisée

« Le casque de réalité virtuelle, lui il est complet, on peut tout travailler avec » (L.201)

« Il y a la rééducation robotisée avec l'Arméo, il y a la réalité virtuelle » (L.64-65)

« Pour la réalité virtuelle, là ce qui est surtout intéressant, c'est la coordination motrice, dans la réalité virtuelle, que ce soit membre supérieur, membre inférieur ou les quatre. Et ça permet de retrouver un environnement qui est irréel, bien-sûr, mais qu'on peut retrouver ans la vie de tous les jours. [...] ça travaille aussi tout ce qui est héminégligence. On peut faire une rééducation, grâce à ça, oculomotrice. Et aussi la coordination de la tête. [...] Après on peut bosser l'équilibre » (L.216-225)

« Ensuite pour l'Arméo, [...] c'est vraiment lorsqu'on a des contractions musculaire, le but c'est de renforcer les muscles. Le but, c'est de retrouver tout le muscles possible lors d'un mouvement, et pareil, tu fais travailler les fonctions cognitives parce que c'est relié à un ordinateur et on doit faire des activités en fonction de l'écran. Et on peut avoir un support de bras, c'est ça qui est bien, c'est que la

	<p>personne elle n'est pas obligée de tout faire. » (L.225-233)</p> <p>« Et ce qui est bien, c'est que, des fois, lorsqu'on fait nous, tout ça au niveau fonctionnel, c'est qu'on oublie des détails. [...] là on peut être sûre de rien oublier » (L.234-238)</p>		
La réadaptation	Mise en place d'aides techniques		
	<p>« Tout ce qui est prise en charge d'aide technique, passe dans un dernier temps » (L.86-87)</p> <p>« si la personne n'y arrive toujours pas, malgré la rééducation, et bien, dans ce cas-là, oui, on peut mettre en place des aides-techniques » (L.93-94)</p> <p>« La réadaptation, je pense que c'est en deux temps, dans un premier temps, on va voir quelles aides techniques il faut « sur soi », je dirais qu'est-ce qu'il faut là tout de suite pour se déplacer, pour la</p>	<p>« Sur la fabrication d'aides techniques ou sur la mise en place d'aides techniques, si nécessaire, avec des aides techniques de série. L'aménagement de la prise en charge pour les fauteuils roulants électrique » (L.34-37)</p>	<p>« C'est eux qui se chargent, aussi, avec le prestataire, pour les patients qu'on a, tétraplégiques ou paraplégiques, de faire les différents essais de fauteuil. Pour le patient, au final, choisisse son fauteuil. » (L76-78)</p> <p>« Et aussi pour les différentes aides techniques, si le patient a besoin d'une canne, d'un déambulateur ou autre. Généralement, c'est eux qui se chargent des commandes. » (L.80-82)</p>

toilette, pour l'habillage, les activités de la vie quotidienne. Mais qui sont élaborées dans le centre de rééducation » (L.149-152)

Activités quotidiennes et mises en situations

« Je fais aussi, sur des lieux de vie, par exemple, des fois avec les patients, je vais faire des courses » (L.260-261)

« Après, on va faire des ateliers cuisine, ou lors pleins de fois je suis allée à la foire de Marseille avec un patient, aux calanques, on a pris le bus pleins de fois, j'ai pris les transports en commun avec eux. En fait, je les mets en situation. Souvent, c'est avant la sortie. Mais c'est pour qu'ils se réadaptent à la vie réelle. » (L.263-266)

« on touche vraiment à toutes les activités de la vie quotidienne » (L.277-278)

« Tout ce qui est réautonomisation travail sur la réhabilitation » (L.33-34)

« Après sur la réhabilitation, il y a tout ce qui est atelier cuisine, la rééducation pour l'écriture, le travail, après fonctionnel avec la transposition pour des sorties. Ça peut être de travaille sur l'orientation spéciale en se déplaçant sur un trajet à l'extérieur, c'est très vaste » (L.72-74)

« Ils adaptent pour faire les transferts en chambre, en voiture » (L.31)

Aménagement de logement et visites à domicile

« Déjà, voir ce qu'on peut faire dans le centre de rééducation. Et, seulement après, on peut voir comment c'est à la maison, [...] parce qu'autant à la maison ça ne se passera pas de la même façon. » (L.152-153)

« Je m'y intéresse à partir du moment où le patient commence à se déplacer seul ou alors il commence à avoir une certaine autonomie qu'il n'avait pas avant. [...] là je peux aller à domicile » (L.164-170)

« On observe beaucoup l'accessibilité, extérieur et intérieur. On observe beaucoup l'adaptabilité, le mieux c'est d'y aller avec la personne pour la mettre en situation » (L.182-184)

« Donc j'aime bien aller plusieurs fois à la maison, avec eux, faire aller rouler le fauteuil roulant électrique dans l'appartement, trois, quatre fois qu'il le faut. » (L.268-269)

« [...] et les visites à domiciles » (L.37)

« Ils font aussi, avec l'assistante sociale, voir si le domicile est adapté, qu'est-ce qui peut être fait s'il ne l'est pas. » (L.31-32)

La collaboration	La collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire		
	<p>« Donc souvent, on se revois, juste après ou le lendemain et on se dit ce qu'on en pense, on se dit s'il va y avoir un premier lever ou pas, et là c'est en accord avec les infirmiers et les médecin » (L.34-36)</p> <p>« Donc là on fait chacun nos objectifs de prise en charge qu'on parle entre nous avec le kiné ou l'orthophoniste et la neuropsychologue principalement. Et on en parle au médecin tout de suite après » (L.38-39)</p> <p>« Voilà, en fait, on est tout le temps en communication interne, souvent, c'est non formel, c'est informel ce qu'on fait. » (L.49-50)</p> <p>« Au niveau formel, ton bilan d'entrée il faut le retranscrire sur le dossier médical du patient. » (L.58-59)</p>	<p>« Elles participent au synthèses pluriprofessionnelles, elles participent avec l'équipe pour tout ce qui est bilans des actes de la vie quotidienne avec un bilan qui se fait en lien avec les aides-soignants ou les infirmiers à l'étage pour la toilette, pour l'habillage, pour l'utilisation des aides techniques du quotidien. » (L.37-41)</p> <p>« Donc on fait ça toutes les semaines auxquelles sont conviés tous les membres de l'équipe, le médecin de rééducation coordonne cette synthèse, il y a les internes qui parfois les coordonne quand ils sont plus âgés. Il y a un membre de l'équipe de soins, un aide soignants ou un infirmier et il y a les membres de l'équipe de rééducation qui suivent le patient. Donc il y a souvent un kiné, un ergothérapeute, assistante sociale, orthophoniste, psychologue, neuropsychologue. Et ça permet à chacun de présenter à chacun ce qu'il a comme résultat, ce qui est parfois discordant d'un</p>	<p>« Souvent on a des réunions pluridisciplinaire où chaque professionnel, en gros, va exposer des bilans par rapport au patient et, voilà, pour savoir où on en est. » (L.50-52)</p> <p>« En fait là, il y a tous les kiné du service, ergothérapeutes, les médecins et les autres professionnels. Donc là on passe une dizaine de minutes sur chaque patient pour voir l'évolution, voir qu'il y a de soucis ou pas, faire un point tous ensembles. » (L57-60)</p> <p>« Et après, quand les patients arrivent, on fait ... peut être au bout de un ou deux mois, et après souvent c'est tous les trois mois, on fait une réunion pluridisciplinaire. Donc là on est plus centré sur le patient, il peut y avoir la famille qui vient à cette réunion et là on fait tous le point sur l'avancée du patient, se remettre au clair sur les objectifs, ce qui a été atteint, ce qu'il</p>

« Souvent c'est en collaboration, ça peut se faire en gym, en APA ou en kiné. Et de solliciter de l'aide soignante pour pas qu'il se blesse et pour qu'elle le motive également » (L.88-90)

« On peut mettre en place des aides techniques. Et là on travaille beaucoup avec l'assistance sociale. [...] Et bien là, c'est avec l'assistante sociale surtout qui va faire débloquer tout ça parce qu'elle va demander des financements à la MDPH, à la mutuelle, ou aussi des organismes d'aide de la région... Et seulement grâce à ça, on peut voir si on peut avoir les aides techniques à la maison ou pas. » (L.94-99)

« On sait ça qu'avec les réunions pluridisciplinaires, c'est grâce à ça qu'on s'organise, le kiné va dire « bon bah voilà aujourd'hui, il a tenu debout 10 minutes alors qu'avant c'était 0 minute », le médecin va dire « ah oui c'est vrai que c'est beaucoup mieux », moi je vais dire « ah il utilise mieux ses bras », l'orthophoniste elle va nous

professionnel à l'autre. Ça permet de savoir où le patient en est dans sa globalité, ça permet aussi parfois d'anticiper pour programmer le retour à la maison. Ce qu'on essaye de faire, c'est que les équipes soignantes et de rééducation puissent être en lien pour, justement, l'autonomie du patient. » (L.45-54)

« On aime bien parfois qu'il y ait une évaluation par l'ergothérapeute, que ça se fasse au moment de la toilette avec les aides-soignantes de service pour voir ce que la personne est capable de faire en pratique et ce qu'on peut faire pour l'aider à le faire s'il y a des limitations d'activités importantes. » (L.55-56)

reste à faire. On répond aux questions du patient ou de la famille, s'il y en a. » (L.60-65)

dire « ah, il parle mieux ». » (L.165-169)

« Dès que on ne sait pas quelque chose, il ne faut pas hésiter à demander, ne jamais faire quand on ne sait pas. [...] je me tourne toujours vers ceux que je sais qu'ils sont spécialisés là-dedans. Par exemple, si y a un problème d'épaule, je sais qu'il y a une kiné qui est spécialiste de l'épaule, je vais aller la voir elle, par exemple. » (L.326-331)

La collaboration ergothérapeute – masseur-kinésithérapeute

« Avant d'aller voir le patient, j'ai l'habitude d'aller rencontrer le kiné pour lui demander s'il l'a vu, s'il ne l'a pas vu. Et s'il ne l'a pas vu, on fait chacun notre entretien de notre côté et après on se revois. Donc souvent, on se revois, juste après ou le lendemain et on se dit ce qu'on en pense » (L.32-35)

« Des fois on peut, des fois on se contact s'il y a, si on a des questions par rapport à un patient. On peut s'appeler ou venir se voir s'il y a des choses dont on veut discuter entre ses réunions là en fait. » (L.68-70)

« Pour que le patient, au final, choisisse son fauteuil. Mais ça, ça se fait plus, quand même, en collaboration avec le kiné pour qu'on se mette d'accord, qu'on

prenne ce qui est le mieux pour le patient et pour l'aider à choisir » (L.79-80)

La collaboration ergothérapeute – médecin

« Nous avons une prescription du médecin. Si on n'a pas de prescriptions du médecin, nous ne pouvons pas intervenir auprès des patients. » (L.13-15)

« C'est selon la pathologie du patient, on bilante, toujours avec l'accord du médecin. Souvent à la première prescription, le médecin demande à ce qu'on bilante le patient [...] Après, on met notre avis aussi, si on voit qu'il y a un bilan qu'on ne puisse pas réaliser, ou alors qu'il manque un bilan, on le signale au médecin et le médecin nous dit qu'il faut le faire ou pas » (L.25-27)

La collaboration ergothérapeute – patient

« Et ensuite, ce que je fais c'est que, avant de valider tout ça, je demande, j'en parle au patient, j'explique au patient ce que j'en pense, j'explique les bilans et leurs

résultats, ce que je pense qu'il vaut mieux faire pour la prise en charge et je lui demande, avant d'être d'accord avec moi, est-ce que lui, il a des objectifs, tu vois ? Si le patient, dans ma tête, je dois rééduquer ses membres supérieurs, parce qu'il y a un déficit musculaire, si le patient me dit « je veux tenir l'équilibre » et beh je vais plutôt accentuer ma prise en charge sur l'équilibre de la personne tout en bossant les membres sup mais je vais penser à le faire. Parce que je sais que c'est l'objectif du patient. »
 (L.41-47)

« Eh bien ça dépend si la personne adhère aux machines déjà. Il y a des personnes qui adhèrent pas du tout, donc là on oublie les machines parce qu'elles ne le font pas, elles n'y arrivent pas, ça ne leur va pas, ça existe. Il y en a peu mais ça existe. »
 (L.210-212)

« Et puis, c'est surtout, je n'ai pas parlé de tout ça, mais le plus important c'est d'avoir confiance quoi. Et que les personnes nous

fassent confiance. Surtout le patient.
Confiance. Bonne relation
thérapeutique, avec les barrières
qu'il faut, tant qu'il est à l'aise, ça
va. Voilà. Qu'il ait confiance, parce
sinon il ne va pas être acteur de sa
prise en charge et s'il n'est pas
acteur de sa prise en charge,
franchement, la rééducation elle se
fait à moitié. » (L.331-335)

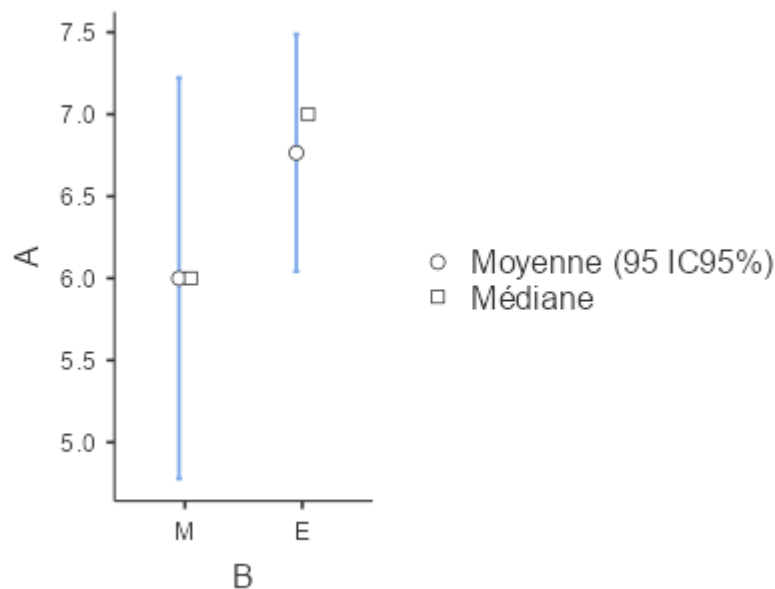
Annexe 12 : Détails des résultats de l'enquête quantitative

➤ L'influence des représentations des médecins

Il a été demandé aux médecins et aux ergothérapeutes d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 à quel point ils pensent que les représentations des médecins ont une influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. La moyenne des réponses des médecins s'élève à 6/10 et celle des ergothérapeutes est égale à 6.76. Afin de savoir si les groupes de professionnels de santé sont en accord sur la question formulée, une comparaison des moyennes a été réalisée avec le test de Welch.

Test t pour échantillons indépendants – Test de Welch

		Moyenne de M	Moyenne de E	Degré de signification
<i>m</i> → <i>eI</i>	t de Welch	6	6.76	0.310



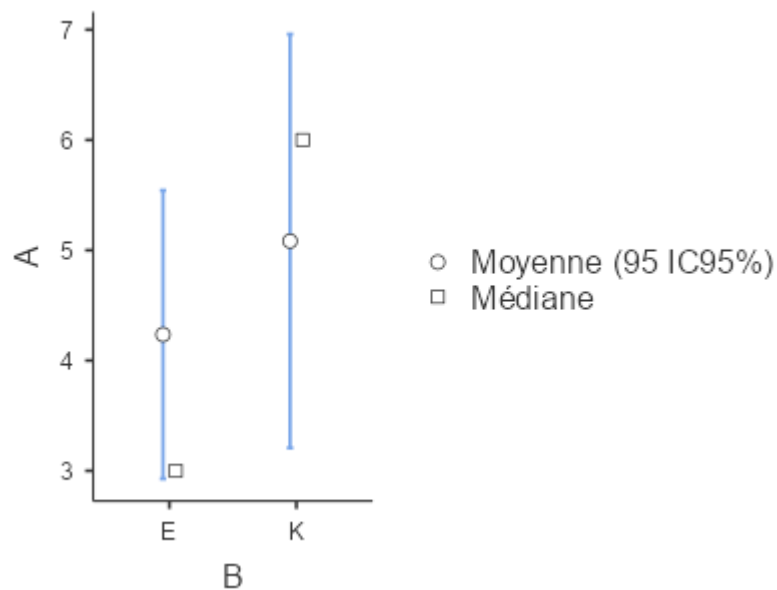
Les résultats du test de Welch indiquent un degré de signification supérieur à 0.05, cela signifie que la moyenne des deux groupes n'est pas statistiquement différente. Ainsi, il est possible de considérer que le groupe des médecins et des ergothérapeutes sont en accord sur le sujet.

➤ L'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes

Le groupe des ergothérapeutes et des masseurs-kinésithérapeutes ont également été interrogés. La même question est posée concernant les représentations des masseurs-kinésithérapeutes et l'influence de ces dernières sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. En moyenne, les masseurs-kinésithérapeutes ont noté à 5.08 et les ergothérapeutes à 4.23. Le test de Welch a été réalisé.

Test t pour échantillons indépendants – Test de Welch

		Moyenne de K	Moyenne de E	Degré de signification
$k \rightarrow eI$	t de Welch	5.08	4.23	0.475



Les résultats du test de Welch indiquent un degré de signification supérieur à 0.05, cela signifie que la moyenne des deux groupes n'est pas statistiquement différente. Ainsi, il est possible de considérer que le groupe des masseurs-kinésithérapeutes et des ergothérapeutes sont en accord sur le sujet.

➤ L'influence des prescriptions médicales sur la pratique du masseur-kinésithérapeute

Les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins ont été interrogés afin de connaître l'influence des prescriptions médicales sur la pratique des masseurs-kinésithérapeute.

Une analyse descriptive est réalisée afin de connaître les résultats de chaque groupe puis un test de Welch permettra de savoir si les deux groupes de professionnels de santé sont d'accord sur la question. Cette information permettra, ou non, de grouper leurs réponses pour les tests suivants.

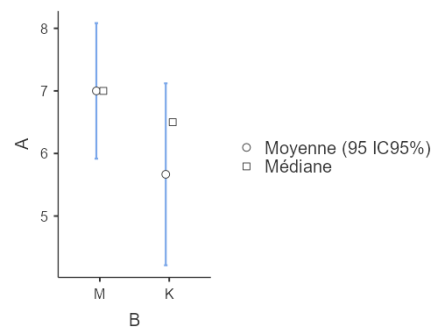
Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	M	9	7.00	7.00	1.66	0.553
	K	12	5.67	6.50	2.57	0.742

Test t pour échantillons indépendants

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	Degré de signification
A	t de Welch	1.44	18.7	0.166



Les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des masseurs-kinésithérapeutes et les réponses des médecins. Ainsi, leurs réponses seront groupées pour les tests qui suivent.

➤ L'influence des prescriptions médicales sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes et les médecins ont été interrogés afin de connaître l'influence des prescriptions médicales sur la pratique des ergothérapeutes.

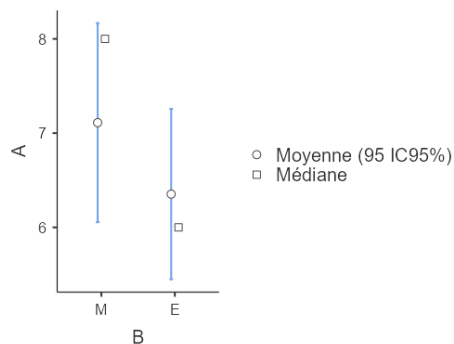
Une analyse descriptive est réalisée afin de connaître les résultats de chaque groupe puis un test de Welch permettra de savoir si les deux groupes de professionnels de santé sont d'accord sur la question. Cette information permettra, ou non, de grouper leurs réponses pour les tests suivants.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	1.07	18.9	0.298

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	M	9	7.11	8.00	1.62	0.539
	E	17	6.35	6.00	1.90	0.461



Les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des ergothérapeutes et les réponses des médecins. Ainsi, leurs réponses seront groupées pour les tests qui suivent.

➤ Comparaison entre l'influence des prescriptions médicales sur la pratique de l'ergothérapeute et sur la pratique du masseur-kinésithérapeute

Il est demandé aux médecins et aux ergothérapeutes à quel point ils évaluent, sur une échelle de 0 à 10, l'influence des prescriptions médicales sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Un test de Welch a montré que les moyennes des deux groupes sont significativement les mêmes. Il est alors possible que les deux groupes soient considérés comme en accord sur la question. Une moyenne des deux groupes a été alors calculée : celle-ci correspond à 6.65. La même question est posée aux médecins et aux masseurs-kinésithérapeutes concernant l'influence des prescriptions médicales sur la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes. Le même test de Welch a montré que les moyennes des deux groupes sont statistiquement les mêmes. Ainsi, une moyenne des deux populations a été réalisée : celle-ci correspond à 6.23.

Deux hypothèses ont été formulées :

H0 : Les prescriptions médicales ont autant d'influence sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes que sur la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes. Autrement dit, $(p \rightarrow eI) = (p \rightarrow kI)$.

L'hypothèse alternative correspond alors à :

H1 : Les prescriptions médicales n'ont pas la même influence sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes que sur la pratique des masseurs-kinésithérapeutes. Autrement dit, $(p \rightarrow eI) \neq (p \rightarrow kI)$.

Test t pour échantillons indépendants – Test de Welch

	Moyenne de $(p \rightarrow eI)$ définit par M et E	Moyenne de $(p \rightarrow kI)$ définit par K et M	Degré de signification
t de Welch	6.23	6.65	0.185

Le degré de signification est supérieur à 0.05. Cela signifie que les moyennes ne sont pas statistiquement différentes et que l'hypothèse nulle (H0) est validée. Ainsi, les prescriptions médicales ont autant d'influence sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes que sur la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes.

➤ L'influence de la communication ergo – kiné sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes ont été interrogés afin de connaître l'influence de la communication qu'ils entretiennent l'un avec l'autre sur la pratique des ergothérapeutes.

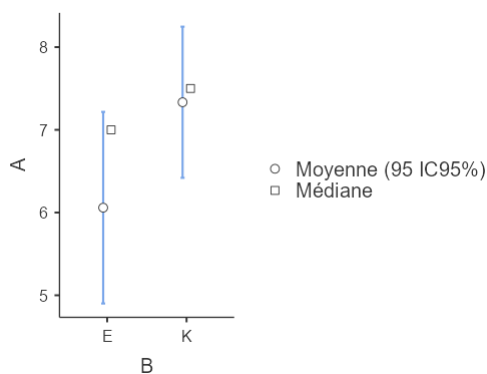
Une analyse descriptive est réalisée afin de connaître les résultats de chaque groupe puis un test de Welch permettra de savoir si les deux groupes de professionnels de santé sont d'accord sur la question. Cette information permettra, ou non, de grouper leurs réponses pour les tests suivants.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	-1.69	26.9	0.102

Statistiques descriptives des groupes

Groupe		N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	E	17	6.06	7.00	2.44	0.591
	K	12	7.33	7.50	1.61	0.466



Les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des masseurs-kinésithérapeutes et les réponses des médecins. Ainsi, leurs réponses seront groupées pour les tests qui suivent.

➤ L'influence de la communication ergothérapeutes – médecins sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes et les médecins ont été interrogés afin de connaître l'influence de la communication qu'ils entretiennent l'un avec l'autre sur la pratique des ergothérapeutes.

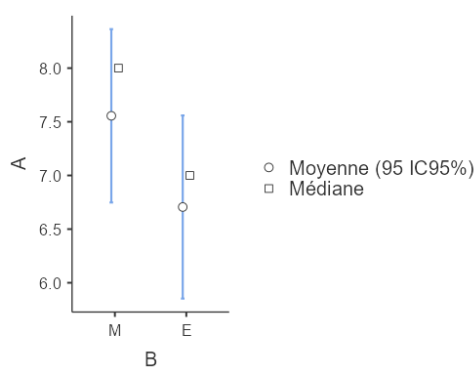
Une analyse descriptive est réalisée afin de connaître les résultats de chaque groupe puis un test de Welch permettra de savoir si les deux groupes de professionnels de santé sont d'accord sur la question. Cette information permettra, ou non, de grouper leurs réponses pour les tests suivants.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	1.42	22.1	0.170

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	M	9	7.56	8.00	1.24	0.412
	E	17	6.71	7.00	1.79	0.435



Les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des ergothérapeutes et les réponses des médecins. Ainsi, leurs réponses seront groupées pour les tests qui suivent.

➤ Comparaison de l'influence de la communication professionnelle sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute

Un test de Welch est réalisé pour savoir si la communication professionnelle qu'entretient l'ergothérapeute avec le médecin a un impact différent sur sa pratique professionnelle que la communication professionnelle qu'il entretient avec le masseur-kinésithérapeute.

Deux hypothèses sont formulées :

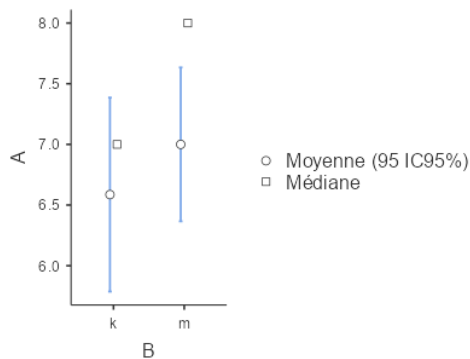
H0 : La communication entre ergothérapeute et masseur-kinésithérapeutes et la communication entre ergothérapeutes et médecins ont la même influence sur la pratique des ergothérapeutes. Autrement dit, $(Ck-e \rightarrow eI) = (Cm-e \rightarrow eI)$.

L'hypothèse alternative est donc :

H1 : La communication entre ergothérapeute et masseur-kinésithérapeutes et la communication entre ergothérapeutes et médecins n'ont pas la même influence sur la pratique de l'ergothérapeute. Autrement dit, $(Ck-e \rightarrow eI) \neq (Cm-e \rightarrow eI)$.

Test t pour échantillons indépendants – Test de Welch

	Moyenne de $(Cm-e \rightarrow eI)$ définit par M et E	Moyenne de $(Ck-e \rightarrow kI)$ définit par K et M	Degré de signification
t de Welch	7	6.58	0.430



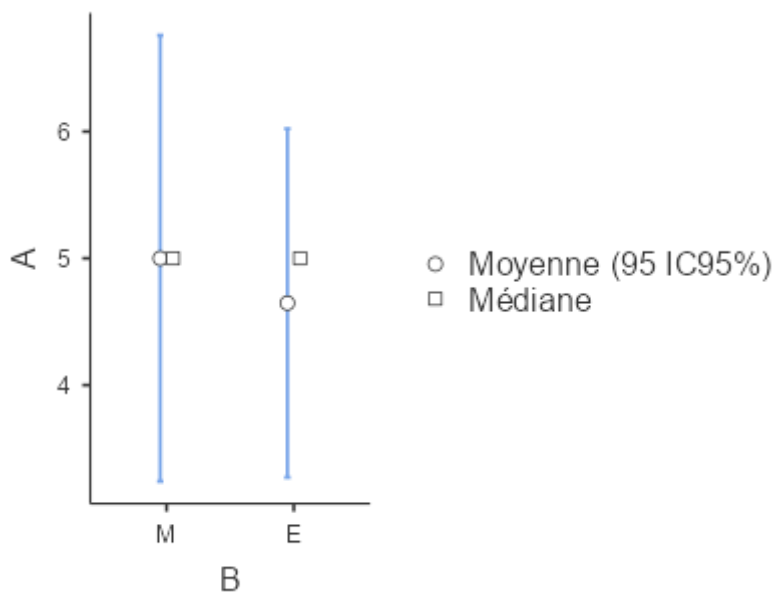
Le degré de signification est supérieur à 0.05. Cela signifie que les moyennes ne sont pas statistiquement différentes et que l'hypothèse nulle (H0) est validée. Ainsi, la communication entre ergothérapeutes et masseurs-kinésithérapeutes a autant d'influence sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes que la communication professionnelle entre ergothérapeutes et médecins.

➤ L'influence des représentations des médecins sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Il a été demandé aux médecins et aux ergothérapeutes d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 à quel point ils pensent que les représentations des médecins ont une influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Afin de savoir si les groupes de professionnels de santé sont en accord sur la question formulée, une comparaison des moyennes a été réalisée avec le test de Welch.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	0.310	17.5	0.760



Les résultats du test de Welch indiquent un degré de signification supérieur à 0.05, cela signifie que la moyenne des deux groupes n'est pas statistiquement différente. Ainsi, il est possible de considérer que le groupe des médecins et des ergothérapeutes sont en accord sur le sujet.

➤ L'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

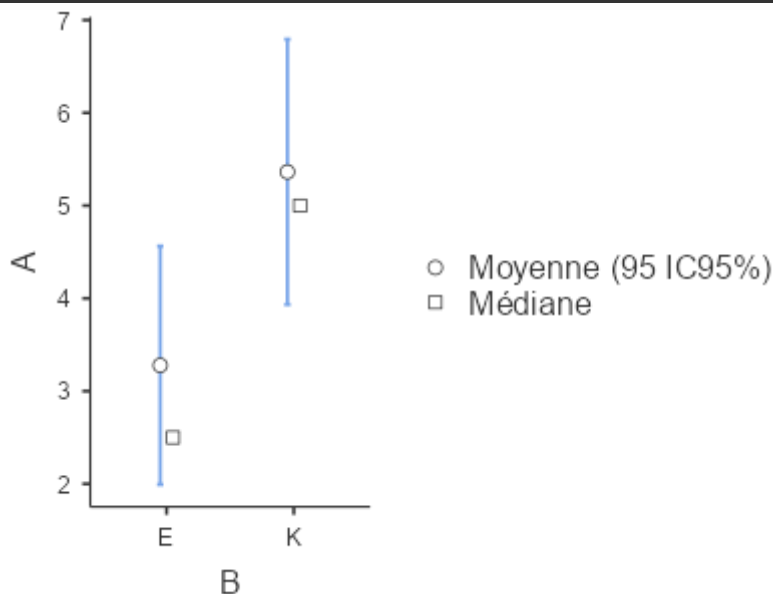
Il a été demandé aux masseurs-kinésithérapeutes et aux ergothérapeutes d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 à quel point ils pensent que les représentations des masseurs-kinésithérapeutes ont une influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Afin de savoir si les groupes de professionnels de santé sont en accord sur la question formulé, une comparaison des moyennes a été réalisé avec le test de Welch.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	-2.13	23.6	0.044

Statistiques descriptives des groupes

Groupe		N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	E	18	3.28	2.50	2.78	0.656
	K	11	5.36	5.00	2.42	0.730



Les résultats montrent que les deux professionnels de santé ne sont pas en accord avec la question. Les masseurs-kinésithérapeutes pensent avoir plus d'influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute que les ergothérapeutes eux-mêmes. Ainsi, pour les calculs suivants, seulement les résultats des ergothérapeutes ont été conservés.

➤ Comparaison de l'influence des représentations des médecins et celles des masseurs-kinésithérapeutes sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

Les professionnels de santé ont été questionnés sur l'influence de leurs représentations sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Il s'agira ici, de comparer l'influence des représentations des médecins et l'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeute. Cela permettra de connaître si l'un des deux professionnel de santé exerce plus d'influence que l'autre.

Deux hypothèses sont formulées :

H0 : Les représentations des masseurs-kinésithérapeutes et les représentations des médecins ont la même influence sur l'identité des ergothérapeutes. Autrement dit, $(m \rightarrow eI) = (k \rightarrow eI)$.

L'hypothèse alternative est donc :

H1 : Les représentations des masseurs-kinésithérapeutes et les représentations des médecins n'ont pas la même influence sur la pratique de l'ergothérapeute. Autrement dit, $(m \rightarrow eI) \neq (k \rightarrow eI)$.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	1.61	33.7	0.117

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	M+E	26	4.77	5.00	2.78	0.544
	E	17	3.35	3.00	2.85	0.691

Le degré de signification est supérieur à 0.05. Cela signifie que l'hypothèse H1 est validée. Il n'existe pas de différence significative entre les deux moyennes. Les représentations des médecins ont statistiquement plus d'influence que les représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur l'identité de l'ergothérapeute $(m \rightarrow eI) = (k \rightarrow eI)$.

➤ L'influence des prescriptions médicales sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes et les médecins ont été interrogés afin de connaître l'influence des prescriptions médicales sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes.

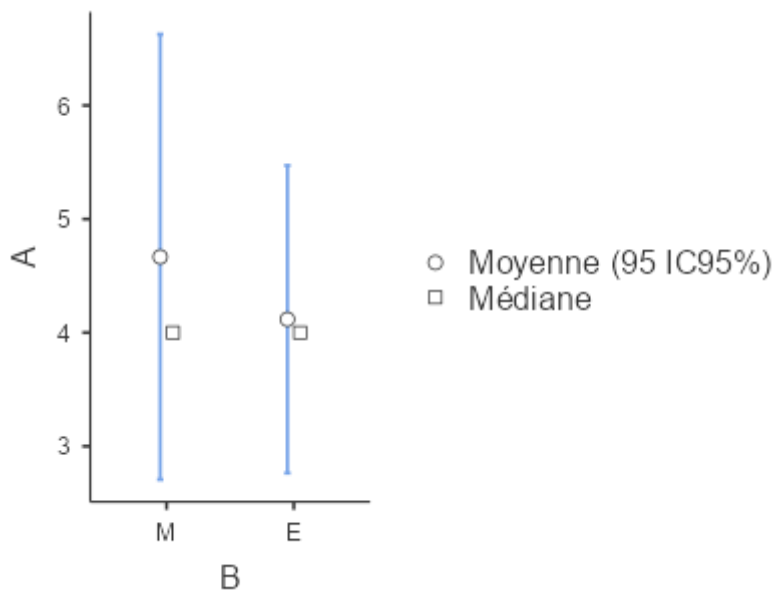
Une analyse descriptive est réalisée afin de connaître les résultats de chaque groupe puis un test de Welch permettra de savoir si les deux groupes de professionnels de santé sont d'accord sur la question. Cette information permettra, ou non, de grouper leurs réponses pour les tests suivants.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	0.452	15.7	0.658

Statistiques descriptives des groupes

Groupe		N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	M	9	4.67	4.00	3.00	1.00
	E	17	4.12	4.00	2.85	0.691



Les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des ergothérapeutes et les réponses des médecins. Ainsi, leurs réponses seront groupées pour les tests qui suivent.

➤ L'influence des prescriptions médicales sur l'identité professionnelle du masseur-kinésithérapeute

Les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins ont été interrogés afin de connaître l'influence des prescriptions médicales sur l'identité des masseurs-kinésithérapeute.

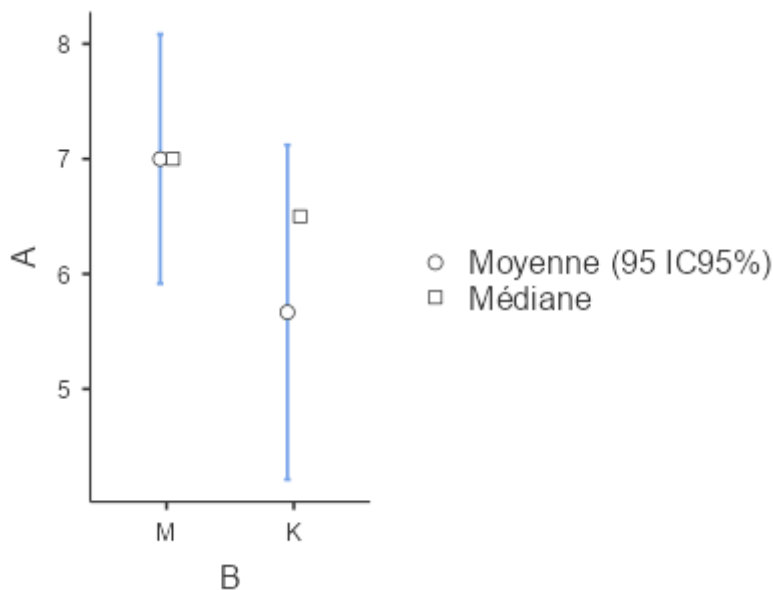
Une analyse descriptive est réalisée afin de connaître les résultats de chaque groupe puis un test de Welch permettra de savoir si les deux groupes de professionnels de santé sont d'accord sur la question. Cette information permettra, ou non, de grouper leurs réponses pour les tests suivants.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	1.44	18.7	0.166

Statistiques descriptives des groupes

Groupe		N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	M	9	7.00	7.00	1.66	0.553
	K	12	5.67	6.50	2.57	0.742



Les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des masseurs-kinésithérapeutes et les réponses des médecins. Ainsi, leurs réponses seront groupées pour les tests qui suivent.

➤ La différence des prescriptions médicales sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes et des masseurs-kinésithérapeutes

Deux hypothèses ont été formulées :

H0 : Les prescriptions médicales ont autant d'influence sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes que sur la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes. Autrement dit, $(p \rightarrow e2) = (p \rightarrow k2)$.

L'hypothèse alternative correspond alors à :

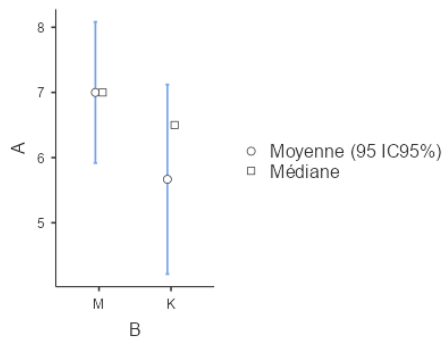
H1 : Les prescriptions médicales n'ont pas la même influence sur la pratique professionnelle des ergothérapeutes que sur la pratique des masseurs-kinésithérapeutes. Autrement dit, $(p \rightarrow e2) \neq (p \rightarrow k2)$.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	1.44	18.7	0.166

Statistiques descriptives des groupes

Groupe		N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	M	9	7.00	7.00	1.66	0.553
	K	12	5.67	6.50	2.57	0.742



Le degré de signification est supérieur à 0.05. Cela signifie que les moyennes ne sont pas statistiquement différentes et que l'hypothèse nulle (H0) est validée. Ainsi, les prescriptions médicales ont autant d'influence sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes que sur l'identité professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes.

➤ L'influence de la communication ergothérapeute – kinésithérapeute sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

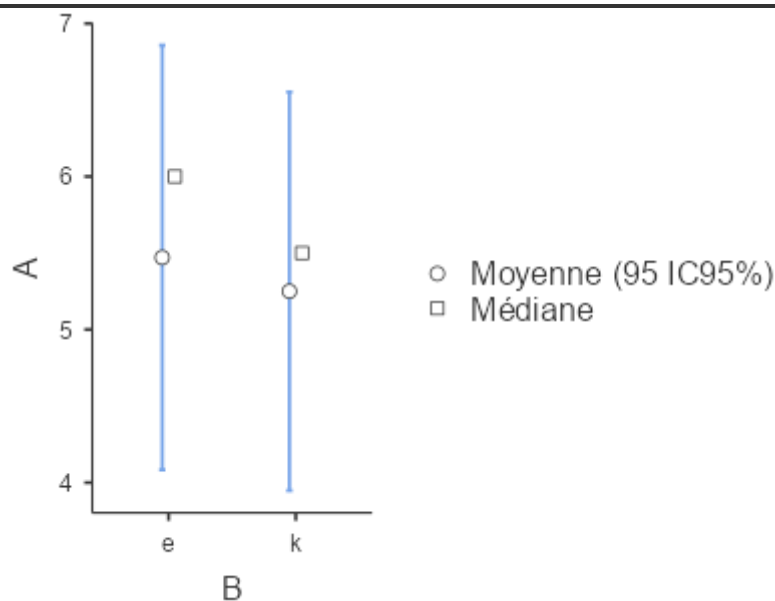
Les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes ont été interrogés afin de connaître l'influence de la communication qu'ils entretiennent l'un avec l'autre sur l'identité des ergothérapeutes.

Une analyse descriptive est réalisée afin de connaître les résultats de chaque groupe puis un test de Welch permettra de savoir si les deux groupes de professionnels de santé sont d'accord sur la question. Cette information permettra, ou non, de grouper leurs réponses pour les tests suivants.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	0.227	26.6	0.822

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	e	17	5.47	6.00	2.92	0.708
	k	12	5.25	5.50	2.30	0.664



Les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des masseurs-kinésithérapeutes et les réponses des médecins. Ainsi, leurs réponses seront groupées pour les tests qui suivent.

➤ L'influence de la communication ergo – médecin sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes et les médecins ont été interrogés afin de connaître l'influence de la communication qu'ils entretiennent l'un avec l'autre sur l'identité des ergothérapeutes.

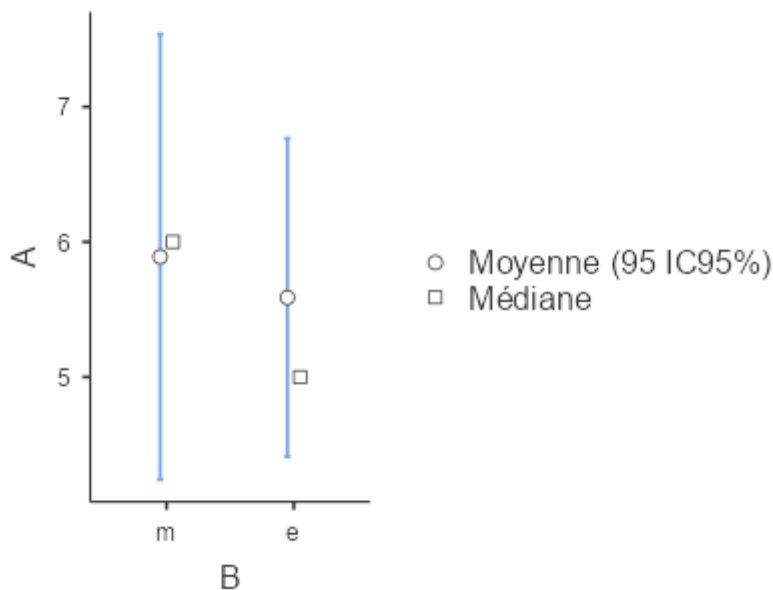
Une analyse descriptive est réalisée afin de connaître les résultats de chaque groupe puis un test de Welch permettra de savoir si les deux groupes de professionnels de santé sont d'accord sur la question. Cette information permettra, ou non, de grouper leurs réponses pour les tests suivants.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	0.291	16.1	0.775

Statistiques descriptives des groupes

Groupe		N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	m	9	5.89	6.00	2.52	0.841
	e	17	5.59	5.00	2.48	0.601



Les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les réponses des ergothérapeutes et les réponses des médecins. Ainsi, leurs réponses seront groupées pour les tests qui suivent.

➤ Les différences d'influence de la communication professionnelle sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Deux hypothèses sont formulées :

H0 : La communication entre ergothérapeute et masseur-kinésithérapeutes et la communication entre ergothérapeutes et médecins ont la même influence sur la pratique des ergothérapeutes.

Autrement dit, $(Ck-e \rightarrow e2) = (Cm-e \rightarrow e2)$.

L'hypothèse alternative est donc :

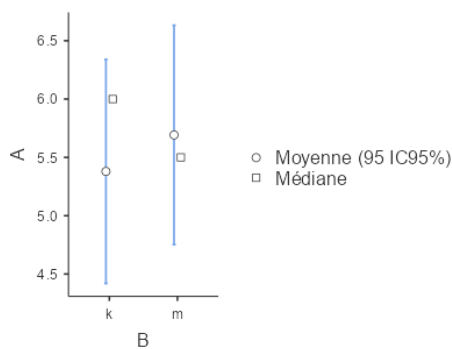
H1 : La communication entre ergothérapeute et masseur-kinésithérapeutes et la communication entre ergothérapeutes et médecins n'ont pas la même influence sur la pratique de l'ergothérapeute. Autrement dit, $(Ck-e \rightarrow e2) \neq (Cm-e \rightarrow e2)$.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	-0.457	52.9	0.650

Statistiques descriptives des groupes

Groupe		N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	k	29	5.38	6.00	2.64	0.490
	m	26	5.69	5.50	2.45	0.480



Le degré de signification est supérieur à 0.05. Cela signifie que les moyennes ne sont pas statistiquement différentes et que l'hypothèse nulle (H0) est validée. Ainsi, la communication entre ergothérapeutes et masseurs-kinésithérapeutes a autant d'influence sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes que la communication professionnelle entre ergothérapeutes et médecins.

- Comparaison de l'influence des représentations des médecins sur la pratique professionnelle et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

L'influence des représentations des médecins sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute est jugée comme plutôt moyenne. En effet, elle obtient une moyenne de 4.77 et une médiane de 5. Quant à l'influence des représentations des médecins sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute, celle-ci obtient une moyenne de 6.50 et une médiane de 7.

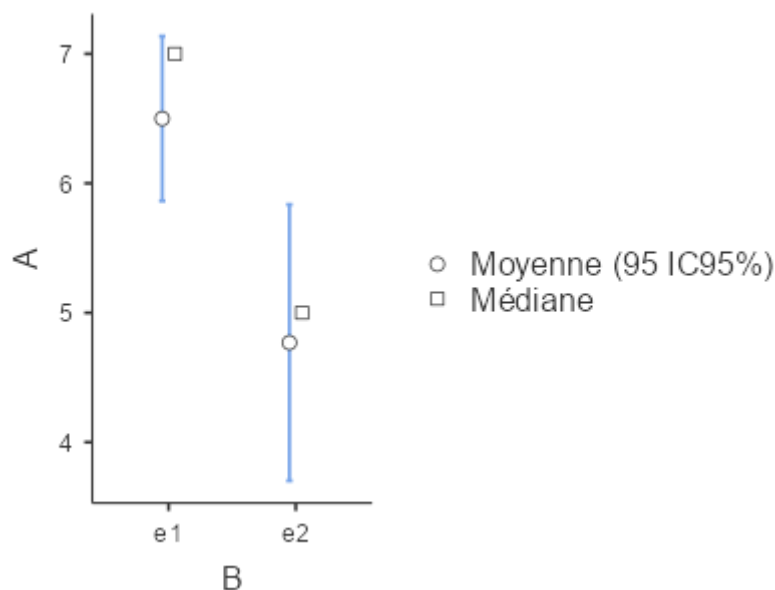
Un test de Welch a été réalisé. Le but du test est de savoir si les représentations des médecins exercent la même influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	2.73	40.8	0.009

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	e1	26	6.50	7.00	1.66	0.325
	e2	26	4.77	5.00	2.78	0.544



Les résultats ont montré qu'il existe une différence très significative entre l'influence des représentations des médecins exercée sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute et sur son identité professionnelle. Autrement dit, $(m \rightarrow e1) > (m \rightarrow e2)$.

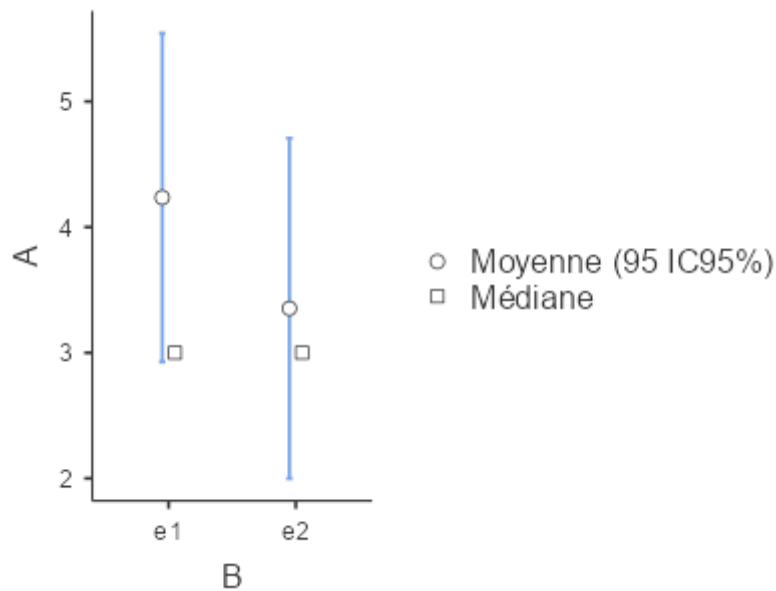
➤ Comparaison de l'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	0.919	32.0	0.365

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	e1	17	4.24	3.00	2.75	0.667
	e2	17	3.35	3.00	2.85	0.691



➤ Comparaison de l'influence des prescriptions médicales sur la pratique professionnelle et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

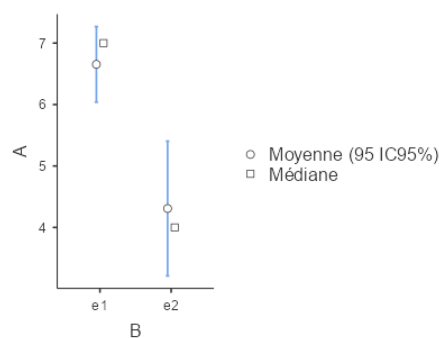
L'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute et sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute sont analysées dans un premier temps à l'aide de statistiques descriptives. L'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute ont une influence qui a été évaluée en moyenne à 4.24 avec une médiane de 3. Quant à l'influence des représentations des masseurs-kinésithérapeutes sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute, elle a été évaluée par les professionnels de santé à hauteur de 3.35 avec une médiane également à 3. Un test de Welch a été réalisé afin de déterminer si les prescriptions médicales exercent la même influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	3.66	39.3	< .001

Statistiques descriptives des groupes

Groupe		N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	e1	26	6.65	7.00	1.60	0.314
	e2	26	4.31	4.00	2.85	0.560



Le résultats du test de Welch ont révélé qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux valeurs des moyennes. C'est-à-dire que les représentations des masseurs-kinésithérapeutes exercent la même influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle. Autrement dit, $(k \rightarrow e1) = (k \rightarrow e2)$.

➤ Comparaison de l'influence de la communication sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute

Enfin, une analyse statistique permet d'analyser les résultats en lien avec l'influence de la communication professionnelle sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute et sur son identité professionnelle. Précédemment, la communication professionnelle entre ergothérapeute et médecin et la communication entre ergothérapeute et masseurs-kinésithérapeute ont été testés et il a été montré que ces dernières ont une influence statistique égale sur l'identité professionnelle et la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Ainsi, les réponses des trois professionnels de santé ont été prises en compte. Cela signifie que dans cette partie, il s'agit de s'intéresser à l'influence de la communication des ergothérapeutes avec les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes sur la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Autrement dit, la variable devient : *Ce-m.k.*

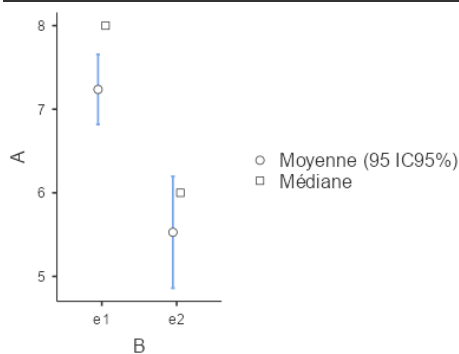
Ainsi, l'influence de cette communication sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute a été évaluée à 7.24 avec une médiane de 8. Quant à son influence sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute, celle-ci a été cotée à 5.53 avec une médiane de 6.

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
A	t de Welch	4.24	90.8	<.001

Statistiques descriptives des groupes

Groupe		N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
A	e1	55	7.24	8.00	1.59	0.214
	e2	55	5.53	6.00	2.53	0.341



Le test de Welch montre, sans surprise, que les deux moyennes sont statistiquement différentes. Autrement dit, la communication professionnelle a beaucoup plus d'influence sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute que sur son identité professionnelle.

Annexe 13 : Schéma détaillé de la construction de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute



Introduction : Les ergothérapeutes et les masseurs-kinésithérapeutes ont plusieurs champs de compétence en commun. Selon les résultats d'une enquête exploratoire, la pratique et le partage des tâches sont influencés par la communication professionnelle et des prescription médicales. Le but de cette étude est d'identifier et d'explorer les variables qui influencent l'identité professionnelle de l'ergothérapeute face aux représentations des masseurs-kinésithérapeutes et des médecins. **Méthode :** Une méthode mixte comprenant une analyse thématique de 3 entretiens semi-directifs et une analyse statistique descriptive et d'inférence réalisée sur 38 professionnels de santé (ergothérapeutes, médecins et masseurs-kinésithérapeutes) a été conduite. **Résultats :** Les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes ont une représentation juste mais incomplète de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. La communication professionnelle, les prescriptions médicales et les représentations des médecins et des masseurs-kinésithérapeutes influencent la pratique et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. **Conclusion :** L'identité professionnelle de l'ergothérapeute est influencée par le contenu de la formation, les valeurs professionnelles, les compétences, la communication professionnelle le vécu de l'ergothérapeute et les représentations des autres professionnels sur sa pratique. **Mots-clés :** ergothérapeute, médecins, masseurs-kinésithérapeute, identité professionnelle, communication professionnelle, représentations

Introduction: In rehabilitation, the occupational therapists and the physiotherapists share several fields of expertise. According to the results of an exploratory survey, practice and task sharing are influenced by professional communication and medical referrals. The aim of this study is to identify and explore the variables that influence the occupational therapists' identity. **Method:** A mixed method including a thematic analysis of 3 semi-structured interviews and a descriptive and inferential statistical analysis carried out on 38 health professionals (occupational therapists, physicians and physiotherapists) was conducted. **Results:** Physicians and physiotherapists have an accurate but incomplete representation of the occupational therapists' professional practice. Professional communication, medical referrals and the physicians' and physiotherapists' representations influence the practice and occupational therapists' identity. **Conclusion:** The occupational therapist' identity is influenced by the content of the training, the professional values, the skills, professional communication, the experiences of the occupational therapist and the representations of others about his professional practice. **Keys words:** occupational therapist, physiotherapist, physicians, professional identity, professional communication, representations.