



Ergothérapie en fam et mas : l'influence des modalités de coopération sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes

Clément Van-Cauwenberghe

► To cite this version:

Clément Van-Cauwenberghe. Ergothérapie en fam et mas : l'influence des modalités de coopération sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02866316

HAL Id: dumas-02866316

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02866316>

Submitted on 12 Jun 2020

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



**École des sciences de la réadaptation
Formation en ergothérapie**



**VAN CAUWENBERGHE
Clément**

**UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à
la recherche**

Le 18 mai 2020

**Ergothérapie en FAM et MAS : l'influence des
modalités de coopération sur l'identité
professionnelle des ergothérapeutes**

Sous la direction de Julien PAVÉ, et d'Olivia
LÉANDRI

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements :

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont été présentes lors de la réalisation de ce mémoire mais aussi tout le long de ma formation.

Tout d'abord, un grand merci à Julien PAVÉ mon directeur de mémoire, pour sa pédagogie, sa passion, ses conseils, sa motivation et le temps consacré à ce mémoire.

Un grand merci à Olivia LÉANDRI ma référente professionnelle, pour le temps consacré à ce mémoire, sa positivité, sa motivation et ses bons conseils.

Merci à l'institut de formation d'ergothérapie de Marseille pour ces trois années de formation.

Je remercie l'ensemble de mes tuteurs de stage que j'ai pu avoir durant mes trois années de formation.

Je souhaite remercier l'ensemble des ergothérapeutes qui ont répondu à mes questionnaires.

Merci à mon groupe de mémoire pour leurs conseils.

Merci à mes parents pour leur soutien et leur confiance depuis toujours.

Je remercie également Yann et Océane pour le nombre incalculable de fou rire durant ces trois années.

Enfin, je tiens à remercier Estelle pour sa patience, ses bons conseils et son soutien sans faille.

Sommaire

1.	Introduction	1
1.1	Le contexte	1
1.2	Le thème	2
1.3	Enjeux	4
1.4	Question socialement vive	4
1.5	La revue de littérature	5
1.5.1	Les FAM et MAS : des structures spécifiques	7
1.5.2	L'ergothérapie dans ces structures	10
1.5.3	Synthèse de la revue de littérature	13
1.5.4	Problématisation pratique	13
1.6	L'enquête exploratoire	14
1.6.1	Analyse des résultats	15
1.6.2	Analyse critique des résultats	18
1.7	Confrontation de la revue de littérature et de l'enquête exploratoire	18
1.8	Cadre conceptuel	19
1.8.1	Le travail d'équipe :	19
1.8.2	L'identité :	23
1.9	Problématisation théorique	27
1.10	Question et objet de recherche	27
2.	Matériel et méthode	28
2.1	Objectif de la recherche	28
2.2	Choix de la méthode	28
2.2.1	Identification des variables	28
2.2.2	Hypothèse de recherche	29
2.3	Choix de la population	29
2.3.1	Sites d'exploration	30
2.4	Construction de l'outil de recueil de données	30
2.4.1	Choix de l'outil de recueil de données	30
2.4.2	Anticipation et stratégies d'atténuation des biais	31
2.4.3	Construction du questionnaire	32
2.4.4	Choix des outils de traitement de données	32
2.4.5	Test	32

2.5	Déroulé de l'enquête.....	32
3.	Résultats	32
3.1	Statistiques descriptives.....	33
3.2	Statistiques inférentielles.....	37
3.2.1	Explication des tests	38
3.2.2	Applications aux hypothèses	39
4.	Discussion.....	41
4.1	Interprétation des résultats et éléments de réponses à l'objet de recherche	41
4.2	Critiques du dispositif de recherche	43
4.3	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle	44
4.4	Propositions et transférabilité des résultats dans la pratique professionnelle.....	46
4.5	Perspectives de recherches	46
	Bibliographie	48
	Sommaire des annexes.....	52
	Résumé et mots-clefs.....	90
	Abstract and key words	90

Table des figures :

Figure 1 : Classement des actes ergothérapeutiques du plus au moins réalisés en fonction du temps.....	16
Figure 2 : Satisfaction professionnelle des ergothérapeutes en FAM et MAS.....	17
Figure 3 : Besoins des ergothérapeutes	17
Figure 4 : Expérience professionnelle des ergothérapeutes.....	33
Figure 5 : Répartition des ergothérapeutes dans les différentes structures.....	34
Figure 6 : Nuage de mots "Identité pour soi"	35
Figure 7 : Nuage de mots "Identité d'après les autres"	35
Figure 8 : Types d'identités professionnelles présentes dans la population étudiée.....	36
Figure 9 : Modalités de coopération dans les FAM et MAS	37

1. Introduction

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'inscrit dans l'unité d'enseignement 6.5 S6 : évaluation de la pratique professionnelle et recherche. Celui-ci se compose de quatre parties et respecte la méthodologie IMRAD : Introduction, Matériel et méthode, Résultats et Discussion.

1.1 Le contexte

Lors de la deuxième année d'étude en ergothérapie, un stage a été effectué dans un lieu de vie. Plus précisément un FAM¹. Cet établissement accueille une trentaine de résidents, en accueil complet et en accueil de jour. Trois grandes catégories de pathologies sont présentes au foyer, il y a des résidents paralysés cérébraux, des résidents atteints de SEP² et SLA³ et enfin des résidents ayant des myopathies.

La mission principale de ce foyer est d'accompagner au quotidien les résidents dans leurs activités, comme les soins personnels, la communication, les transferts, les repas et les déplacements.

En théorie, d'après les cours, certaines fiches de postes, le référentiel d'activités et de compétences, l'ergothérapeute au sein du FAM a pour rôle de (1-2) :

- Évaluer le degré d'indépendance et d'autonomie des résidents.
- Évaluer les besoins des résidents en aides humaines, techniques ou technologiques.
- Concevoir un projet d'intervention personnalisé pour les résidents.
- Mettre en place des aides techniques.
- Aménager le domicile des résidents.
- Mettre en place et animer des activités de groupes.
- Mettre en place et animer des activités à visées rééducatives, significatives et inscrites dans le projet des résidents.
- Aider les résidents à avoir une meilleure autonomie dans les actes de la vie quotidienne et les activités.
- Permettre aux résidents d'avoir un positionnement sûr et satisfaisant au lit et au fauteuil.
- Gérer l'entretien des différents fauteuils des résidents.
- Prévenir des escarres.
- Promouvoir la santé des résidents.
- Participer à l'inclusion sociale voire professionnelle des résidents.

¹ FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

² SEP : Sclérose En Plaque

³ SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

Cependant lors du stage, l'ergothérapeute ne réalisait pas d'évaluation formelle de type bilan même auprès des nouveaux résidents. Les activités, celles de groupe notamment, n'étaient pas animées par l'ergothérapeute, aucune activité à visée rééducative n'était animée par l'ergothérapeute. Enfin aucun aménagement du domicile (chambre des résidents) n'était fait par l'ergothérapeute. Les missions de l'ergothérapeute se limitaient au positionnement au lit ou au fauteuil, la réparation des fauteuils roulants électriques des résidents et la mise en place des aides techniques.

Après une discussion avec l'ergothérapeute, celle-ci expliquait cette restriction d'actions par le manque de temps octroyé car celui-ci était remplacé par du temps administratif et enfin un manque de budget de la structure.

De plus après des échanges avec d'autres étudiants en stage dans d'autres structures identiques, il en ressort le même constat.

Vis-à-vis du contraste vu précédemment, plusieurs questions peuvent être posées :

Tout d'abord, on peut se demander si ce constat est généralisé dans toutes les structures ? Et donc pourquoi l'ensemble des compétences des ergothérapeutes ne sont pas utilisées ? Est-ce dû à une volonté des institutions ? Cela traduit-il un manque de temps ? de budget ? Cela est-il dû aux ergothérapeutes ?

Ensuite, pourquoi les aspects de l'ergothérapie concernant l'analyse d'activité et la gestion des groupes ne sont pas considérés ? Pourquoi aucune activité à visée rééducative n'est effectuée avec des résidents dont l'état est stable ? Pourquoi ne pas maintenir les capacités des résidents ? Où se trouve la frontière avec le soin palliatif ?

De plus, comment les ergothérapeutes peuvent-ils justifier leurs importances au sein de l'équipe pluri professionnelle ?

Puis, pourquoi des bilans ne sont pas réalisés ? Sont-ils trop coûteux ? Trop chronophages ?

Enfin la question de la satisfaction professionnelle des ergothérapeutes se pose.

1.2 Le thème

A partir de ce contexte et du questionnement qui en ressort, le thème suivant en découle :

L'ergothérapeute et la promotion de son champs d'intervention au sein d'une institution : les FAM et MAS⁴.

⁴ MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

Ce thème s'inscrit dans les champs disciplinaires de l'ergothérapie, de la santé et de la sociologie du travail.

Il est important de définir les différents termes du thème.

La MAS « propose un hébergement permanent à tout adulte handicapé gravement dépendant dont les capacités de décision et d'action dans les actes de la vie quotidienne sont altérées » (3).

Le FAM est défini comme « un établissement qui héberge des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie quotidienne et d'un suivi médical régulier » (4).

Il y a en France, en 2019, 987 FAM et 698 MAS (5).

Pour définir l'ergothérapie, la définition de l'OMS⁵ sera utilisée : « L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. (...)

Il évalue (...), analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapique. Il met en œuvre des soins (...) de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les limitations (...) d'activités, développer, (...) et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. (...). Afin de favoriser l'implication de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques, des aides humaines, (...) et des modifications matérielles. (...) » (6).

Il y a 12 765 ergothérapeutes en France en 2019 (7).

En 2012, 5% des ergothérapeutes travaillaient dans des structures médico-sociales dont les FAM et MAS, il n'y a pas de chiffres plus récents (8).

Ensuite les termes promotion et champ d'intervention sont définis dans le dictionnaire, ces définitions seront appliquées au contexte.

La promotion ici correspond au fait de « mettre en avant quelque chose, de le préconiser pour le faire adopter et d'en favoriser le développement » (9). Le champ d'intervention peut être défini comme « l'espace, le domaine mis à disposition ainsi que les actions autorisées à effectuer pour une personne dans le but qu'elle puisse mener à bien sa mission, son rôle » (10).

Le thème questionne donc comment l'ergothérapeute peut mettre en avant l'ensemble de ses spécificités, compétences et activités et donc obtenir un champ d'intervention plus étendu au sein de structures comme les FAM et MAS dans le but de mener à bien sa mission.

⁵ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

1.3 Enjeux

Il y a un enjeu socio-économique. En effet les FAM sont financés par une double tarification, tout d'abord les soins sont financés par l'assurance maladie. Ensuite l'hébergement des personnes est lui financé par le conseil général et une certaine participation est demandée au résident en fonction de ses revenus (11). Quant aux MAS le financement est pris en charge par l'assurance maladie mais une participation de 20€ par jour du résident est demandée (cette participation pouvant être prise en charge par certaine CMU⁶) (3). Cette participation de 20€ est appelée forfait journalier. Celui-ci correspond à la « participation financière du patient admis dans une structure hospitalière ou médico-sociale, pour les frais d'entretien et d'hébergement » (12). Le système actuel représente un coût pour l'assurance maladie, les conseils généraux, les structures d'accueil ainsi que les résidents. En 2016, le coût net par place en MAS était de 73 691€ et en FAM il était de 47 249€ (13). Si une modification de l'offre de soin (plus d'activités, plus d'actes ergothérapique, plus de bilans etc....) est faite, une augmentation du coût est possible.

Il y a aussi un enjeu de santé publique. En effet le nombre de FAM et MAS était de 1494 en 2010 ce qui représentait environ 50 000 résidents sur toute la France. Aujourd'hui le nombre de structures est de 1685, ce qui laisse présumer un nombre de résidents encore plus important (14). De plus, ces chiffres tendent à augmenter car depuis 2000 la courbe du nombre de FAM et MAS en France est croissante (14). De surcroît, l'accueil en lieu de vie des personnes en situation de handicap fait partie intégrante de leurs parcours de santé, ceux-ci sont coordonnés par tous les acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux médicaux. Cette coordination est au cœur des politiques de santé favorisant la médecine de ville et le secteur médico-social (15).

Enfin il y a des enjeux professionnels et psychologiques car il est question de la pratique des ergothérapeutes et de leur satisfaction au travail. L'insatisfaction au travail étant un facteur de risque de burnout et d'accident de travail de type psycho-social. De plus, selon Santé publique France, 18% des accidents de travail de type « psycho-sociaux » sont issus du domaine médico-social (16).

1.4 Question socialement vive

Il s'agit d'une question socialement vive car elle suscite l'intérêt des acteurs sociaux, individuels ou collectifs. En effet, un rapport a été fait par l'ANFE en 2014 sur « les évolutions de la pratique en ergothérapie pour l'adaptation de la formation aux enjeux professionnels ».

⁶ CMU : Couverture Maladie Universelle

Ce rapport, via l'axe numéro 2, mets en avant les pratiques en ce qui concerne l'aménagement des lieux de vie (17).

Ensuite L'ANFE a aussi publié en 2017 un dossier professionnel s'intitulant « L'ergothérapie aujourd'hui en France ». Celui-ci propose 10 axes pour fournir une réponse adaptée aux besoins de santé de la population française. La dixième proposition promeut le développement de l'ergothérapie dans les dispositifs sociaux et médicosociaux (8).

De plus une loi récente a été adoptée, il s'agit de la loi Financement de la Sécurité Sociale (2017) : cette loi généralise le CPOM à tous les établissements et services du secteur handicap. Le CPOM est un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, c'est un outil au service de l'évolution de l'offre, de la fluidité des parcours et la promotion de l'inclusion. Il s'agit d'un levier de l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins de l'accompagnement (18).

Enfin une convention a été signée en juillet 2018 entre l'ARS⁷ PACA et la CARSAT⁸ Sud-Est. Cette convention a notamment comme objectif la promotion de la qualité de vie au travail dans les structures sanitaires et médico-sociales (19).

1.5 La revue de littérature

Dans le but de faire un état des lieux des savoirs existants sur la pratique, grâce aux différents travaux qui ont été menés, une revue de littérature sera faite. La revue de littérature va permettre d'enrichir les éléments trouvés en les confrontant pour y trouver des divergences ou des points de corroboration. Une prise de recul sera ainsi faite et enfin cela amènera à une problématique pratique.

Pour réaliser cette revue de littérature des recherches seront faites selon certains champs disciplinaires.

Ici les champs disciplinaires sont les suivants :

- Tout d'abord celui de la santé publique. En effet les FAM et les MAS sont des structures médico-sociales et les résidents de ces structures représentent une population.
- Étant donné que le travail de groupe, la collaboration et la transdisciplinarité sont abordés dans ce thème, le champ disciplinaire de la sociologie est présent.
- Le champ disciplinaire de l'ergothérapie car il est question de la pratique des ergothérapeutes dans les FAM et les MAS.
- Enfin celui de la psychologie car il est question de la satisfaction des ergothérapeutes au travail, de leurs sentiments d'utilité et du bien-être.

⁷ ARS : Agence Régionale de Santé

⁸ CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

Pour réaliser la revue de littérature plusieurs bases de données vont être utilisées :

- EM premium est une base de données qui relève de la santé publique. Comme expliqué précédemment, le thème s'inscrit dans un champ disciplinaire de la santé publique. L'utilisation de cette base de données est pertinente.
- PsycINFO est une base de données correspondant au champ disciplinaire de la psychologie. L'utilisation de cette base de données est intéressante dans le cas de ce thème car celui-ci fait appel à des notions de la psychologie.
- CAIRN est une base de données du domaine des sciences humaines et sociales. Cette base de données permet d'orienter les recherches sur l'aspect social du thème.
- Enfin OTDBASE est une base de données de l'ergothérapie. L'utilisation de celle-ci est pertinente, elle permet de mettre en avant l'aspect professionnel et pratique du thème.

Pour effectuer les recherches, différents mots clefs seront utilisés.

Tout d'abord « ergothérapie » ou « occupational therapist » car le thème concerne directement l'ergothérapie et les ergothérapeutes. Puis les mots « FAM » « MAS » en acronyme et en entier ainsi que l'équivalent en anglais « residential care home/facilities » pour cibler la recherche sur les lieux de vie concernés dans le sujet.

Enfin les mots « rôle/intervention/activités/compétences », « transdisciplinarité » ainsi que « médico-social » viendront affiner la recherche.

L'équation de recherche est la suivante : « occupational t* AND residential care home »

Critères d'inclusion :

Dans le but d'obtenir plus de résultats les articles qui concernent les EHPAD⁹ ou qui font références à d'autres professions qui travaillent en collaboration avec l'ergothérapeute seront acceptés.

Critères d'exclusion :

Les résultats parlant de soins à domicile seront refusés car l'impact de l'institution ne pourra pas être évalué. De la même manière que pour les résultats postérieurs aux lois de 2002 de l'action sociale et médico-sociale et 2005 pour l'égalité des droits et des chances, ceux-ci seront rejetés. En effet la situation des structures médico-sociale a beaucoup changé depuis.

⁹ EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

A partir de la recherche, sept articles sont retenus. C'est un faible nombre d'articles, cela met en avant le manque de richesse dans la littérature sur cette thématique.

Les sept articles sont issus de revues professionnelles ou scientifiques.

Le premier article s'intitule "Costs of occupational therapy in residential homes and its impact on service use." C'est un article publié en 2007 dans la revue « Aging & Mental Health ». C'est une revue scientifique mais avec un facteur d'impact¹⁰ assez faible.

Le deuxième article se nomme "Occupational Therapy in Nursing and Residential Care Settings: A Description of a Randomized Controlled Trial Intervention." Et le troisième article a pour titre "Occupational therapy for care home residents with stroke: what is routine national practice?" Ces deux articles ont été publiés respectivement en 2004 et 2014 dans le « The British Journal of Occupational Therapy ». C'est une revue professionnelle avec un facteur d'impact faible.

Le quatrième article est issu du « Journal de réadaptation médicale », il s'intitule « Projet de vie individualisé en foyer d'accueil médicalisé » et a été publié en 2008

Les trois derniers articles sont issus de la littérature professionnelle. Tout d'abord, « Les missions des établissements médico-sociaux » et a été publié dans la « revue de l'infirmière » en 2013. Suivi de, « Exercer dans une maison d'accueil spécialisée », publié dans « l'aide-soignante » en 2013. Enfin « ergothérapie et kinésithérapie : des complémentarités en évolution », paru dans « Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation » en 2009. Pour finir au cours de la recherche des lectures opportunistes ont permis d'enrichir la revue de littérature.

Un récapitulatif des articles retenus se trouve en annexe (cf. Annexe 1 et 2).

Il est important de préciser que l'ensemble de ces articles présentent un niveau de preuve très faible.

La revue de littérature est organisée en deux parties, une première est consacrée aux FAM et MAS et leurs spécificités. La deuxième parlera de l'ergothérapie au sein de ces structures.

1.5.1 Les FAM et MAS : des structures spécifiques

Les FAM et les MAS sont des établissements médicaux sociaux qui accueillent des personnes adultes avec un handicap qui ne leur permettent plus vivre de manière autonome à domicile. Selon cette définition ces deux structures paraissent relativement identiques mais il y a différents points de divergences.

¹⁰ Facteur d'impact : indicateur de l'importance d'une revue dans son domaine.

Histoire de ces structures :

Les MAS ont été créées en 1975 pour combler un manque de structure d'hébergement pour adultes handicapés et faire face à une demande élevée. La modalité d'accueil est l'hébergement complet mais il est possible de faire de l'accueil de jour ou temporaire à condition que cela ne dépasse pas 10% de la capacité d'accueil totale. Quatre critères sont présents lors de l'admission d'une personne en MAS : l'âge (à partir de 20 ans sauf exception), la présence d'une ou plusieurs déficiences (sauf trouble psychiatrique prédominant), l'absence d'indépendance et enfin le besoin d'une surveillance et de soins médicaux constants. Les frais de santé et d'hébergement sont pris en charge par l'assurance maladie (14).

Les FAM ont été créés en 1980, sous l'appellation FDT (foyer à double tarification). Le financement est double : d'une part les soins sont financés par l'assurance maladie, d'autre part l'hébergement des personnes est financé par le département. Ces foyers sont créés dans le but d'être un juste milieu entre les foyers occupationnels et les MAS. C'est-à-dire pour des personnes présentant assez d'autonomie et d'indépendance pour participer au quotidien à des activités ludiques, sociales ou éducatives mais qui nécessitent un hébergement et des soins quotidiens. Ces nouvelles structures ont fait parti d'un programme expérimental qui a abouti en 2002 à une reconnaissance de celles-ci et une nouvelle appellation : FAM (14).

Le nombre de MAS et FAM augmente depuis leurs créations, à partir de 2006 le nombre de FAM a rattrapé celui des MAS. Aujourd'hui il y a plus de FAM que de MAS. Cependant le nombre de places disponibles est plus important en MAS car les FAM sont limités à quarante lits (14).

Divergences entre FAM et MAS :

Outre le système de financement, ces deux structures divergent de par le type de personnes accueillies. En effet selon une enquête de la DREES¹¹ en 2006 sur les établissements médicaux sociaux (ES2006). Le public accueilli en MAS se compose à 62% d'adultes polyhandicapés, 11% de déficiences intellectuelles et psychiques, 8% de déficiences intellectuelles, 6% de troubles moteurs, 5% de troubles autistiques et enfin 7% qualifié comme « autres ».

Dans les FAM la population est plus diversifiée. 21% des résidents sont polyhandicapés, 20% de déficiences intellectuelles et psychiques, 18% de déficiences intellectuelles, 15% de

¹¹ DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

déficiences motrices, 11% de troubles autistiques, 6% de traumatisés crâniens et 8% « d'autres » (14).

Cette différence entre les populations explique le fait que les personnes en FAM sont globalement plus indépendantes et autonomes qu'en MAS. En effet toujours selon l'enquête ES2006, plus de 50% des résidents en MAS sont dépendants pour la communication contre 41% en FAM. Au moins 70% des résidents en MAS sont dépendants pour les soins d'hygiène contre 49% en FAM. Et enfin plus de 50% des résidents de MAS sont dépendants d'une tierce personne pour se déplacer contre 38% dans les FAM (14).

Le personnel présent dans ces structures :

En ce qui concerne les effectifs de ces deux structures ils sont relativement identiques. Selon ES2006, 37,5% ETP¹² sont consacrés aux personnels éducatif, pédagogique et social, 33,6% aux psychologues et aux personnels paramédicaux dont 21,1% pour les aides-soignantes, 15,7% pour le personnel des services généraux, 5,7% pour le personnel de direction, 4,5% pour les candidats élèves au poste éducatif, 2,2% pour le personnel d'encadrement éducatif et enfin 0,8% pour le personnel médical. Ces chiffres sont relativement identiques entre les MAS et FAM. Ce qui varie par contre c'est le taux d'encadrement qui est de 120% en MAS contre 100% en FAM. Ceci fait lien avec le taux d'incapacité plus fort en MAS qu'en FAM (14).

Principes et missions :

Les structures médico-sociales comme les FAM et les MAS ont différents principes. Elles garantissent le respect de la dignité, de l'intégrité et de la vie privée et favorisent le développement, l'insertion et l'autonomie. Ces principes sont de plus garantis par la loi du 2 janvier 2002 de l'action sociale et médico-sociale et celle du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances. Ces deux lois donnent une place importante aux droits de la personne et notamment le principe d'autonomie (20).

Plusieurs missions sont présentes et importantes dans ces structures. Ces missions assurent pour les résidents : les différents besoins de la vie quotidienne, une surveillance médicale quotidienne qui comprend une rééducation, des soins et une assistance vis-à-vis des problématiques et enfin des activités occupationnelles visant à favoriser l'éveil, la vie sociale et le maintien des acquis (21).

L'entrée en FAM et MAS d'une personne est officialisée sous la forme d'un contrat qui rappelle les droits et devoirs de chacun, du résident comme des professionnels. Ce contrat met en avant

¹² ETP : Équivalent Temps Plein

notamment le droit du résident et donc le devoir de l'institution de mettre en place un projet de vie personnalisé. Le projet de vie personnalisé se construit en collaboration avec la personne, son entourage et toute l'équipe pluri professionnelle de la personne interne et externe à l'institution. Il permet à la personne d'être au centre des discussions. Elle y expose ses envies, besoins, souhaits mais aussi ses difficultés et peurs. L'institution expose en retour ses services et son offre dans le but de répondre aux attentes du résident. Le projet de vie personnalisé peut concerner les soins, les actes thérapeutiques, les activités, la vie quotidienne, les sorties et les projets de vie de la personne. Des objectifs sont ainsi mis en place en Co-construction avec la personne, ceux-ci sont fixés dans le temps et renouvelés. L'évaluation et la réévaluation sont donc indispensables. (21-22)

Au regard de cette première sous partie plusieurs questions sont présentes et en lien avec l'ergothérapie. En effet il n'y a aucun chiffre sur le nombre d'ergothérapeute dans ces structures. Quand sont apparues les ergothérapeutes en FAM et MAS ? Quelle était la proportion d'ergothérapeute et comment celle-ci a évolué ? Pourquoi les ergothérapeutes ont-ils intégrés ce type de structure ? Quels sont leurs rôles ? Quels actes réalisent-ils ?

1.5.2 L'ergothérapie dans ces structures

En France, le nombre d'ergothérapeute et les interventions en ergothérapie dans le secteur médico-social, notamment les FAM et MAS, augmentent depuis les lois de 2002 et 2005. Des objectifs comme l'insertion et le maintien de la vie sociale sont mis en avant, ainsi que la mise en place d'aides techniques pour le positionnement, le confort et la communication (23).

Plusieurs études réalisées en Angleterre montrent la pratique des ergothérapeutes dans des structures médico-sociale.

Première étude :

La première étude a été faite en 2004, elle décrit les pratiques des ergothérapeutes dans les structures équivalentes au lieu de vie en France. Pour cela un questionnaire a été établi. Ce questionnaire est composé de trois parties : une description de la population d'ergothérapeute, une description des foyers de soins et de leurs fonctionnements et enfin une description des actes en ergothérapie. Les ergothérapeutes participants à l'enquête sont inclus en fonction de leurs expériences en foyer de soins. Le questionnaire est distribué via internet et les réseaux de professionnels. Au total 138 questionnaires ont été remplis. Les résultats les plus importants montrent que 87% des ergothérapeutes utilisent des évaluations non validées. Ces évaluations concernent principalement l'aspect fonctionnel, le positionnement et le fauteuil roulant.

L'intervention la plus fréquente concerne l'assise et le positionnement. Les objectifs les plus courants sont : le maintien et l'augmentation de l'indépendance, la posture et le positionnement et enfin la formation des aidants comme la famille ou le personnel du foyer.

Il en ressort aussi certaines limitations pour les ergothérapeutes, notamment des limitations de temps, de financement, de matériel, de formation et de motivation du personnel du foyer.

Pour conclure, les objectifs en ergothérapie dans les foyers de soins sont axés sur le maintien de l'indépendance dans les actes de la vie quotidienne (AVQ) mais les interventions en pratique ne reflètent pas ces objectifs ceci s'expliquant par des limitations et un éloignement de la pratique vis-à-vis des données probantes. Il est important de dire que cette étude étant basée sur un questionnaire, celle-ci montre une certaine limite (24).

Deuxième étude :

La deuxième étude est faite en 2014, toujours en Angleterre auprès d'ergothérapeutes travaillant en lieu de vie. Cependant la population ici est différente, il s'agit de personnes traumatisées crâniens. L'étude s'est réalisée en trois étapes. La troisième étape concernait la mise en place d'une intervention au sein d'un foyer et donc l'enregistrement des actes effectués. Les actes étaient regroupés selon six catégories : évaluation/mise en place des objectifs, communication, AVQ, transferts et déplacements, équipements adaptés et autres. Les résultats montrent que la plupart du temps est consacré aux activités fonctionnelles à 40% mais dont la moitié de ce temps concerne les transferts, les déplacements et le réglage des fauteuils roulants. 46% du temps était lui consacré à la mise en place des objectifs et à la communication. La limite de cette étude est qu'elle concerne un seul foyer de 118 résidents, les résultats ne sont donc pas généralisables (25).

Cette deuxième étude corrobore avec la première en ce qui concerne le temps passé en ergothérapie. Ce temps est consacré en majorité au positionnement et réglage des fauteuils roulants. Cependant cette étude n'aborde pas le temps passé à former les aidants et l'équipe soignante ainsi que les limitations de temps et de matériels que peut rencontrer l'ergothérapeute.

Troisième étude :

Enfin la troisième étude montre l'importance et les effets que l'ergothérapeute peut avoir dans ces structures. Cette étude a été faite en 2007 sur huit lieux de vie en Angleterre. L'étude s'est faite sur des résidents de huit foyers. Quatre foyers ont été choisis au hasard et ont reçu les services d'un ergothérapeute à temps plein pendant douze mois. Ceci est le groupe d'intervention. Les quatre autres foyers n'ont pas reçu les services d'un ergothérapeute. Ceci est le groupe témoin. Pour les huit foyers, une mesure concernant l'ensemble des services reçus

par les résidents a été faite trois mois avant l'intervention de l'ergothérapeute. Cette mesure a été répétée à la fin de l'intervention. Les principaux résultats montrent que l'ergothérapie dans le groupe d'intervention n'amène pas à une augmentation de la qualité de vie des résidents cependant cela leur permet de rester actifs et aurait un effet sur un plus long terme. Une légère baisse des coûts liés à la santé est constatée dans le groupe d'intervention mais les coûts liés aux services sociaux sont en hausses dans le groupe d'intervention. Cette augmentation s'explique par le fait que les évaluations des ergothérapeutes font ressortir des besoins en services sociaux. Ensuite un effet positif est ressenti auprès de l'équipe soignante pour le groupe d'intervention. Enfin l'utilisation des services en ergothérapie est possible dans ces structures à un coût relativement modeste. Cependant ces résultats ne sont pas totalement fiables et généralisables (26).

Cette troisième étude n'apporte pas les mêmes résultats que les deux premières mais met en avant l'impact positif de la présence d'un ergothérapeute sur l'équipe soignante. Ce résultat peut être mis en lien avec le résultat de la première étude qui montre que la formation des équipes soignantes est un objectif courant en ergothérapie dans ces structures.

Vis-à-vis de ces trois études nous pouvons nous poser plusieurs questions. Tout d'abord, ces études sont réalisées en Angleterre, qu'en est-il de la pratique en France ? De plus, pour quelles raisons outre que le temps et le manque de matériel, les actes en ergothérapie sont limités au positionnement et au réglage des fauteuils roulants ? Ainsi, nous pouvons nous demander comment l'ergothérapeute pourrait agir sur ce phénomène ? Et par conséquent, est ce que cela a-t-il un impact sur la satisfaction professionnelle des ergothérapeutes ?

1.5.3 Synthèse de la revue de littérature

Les MAS et les FAM sont des structures médico-sociales qui hébergent et fournissent des soins à des personnes adultes handicapées ne pouvant plus rester à leurs domiciles. Ces deux institutions sont assez récentes dans le paysage du soin en France. Elles ont été créées dans le but de faire face à une demande de plus en plus forte concernant la population précédemment citée. Les FAM et les MAS se distinguent de par leur mode de financement et de par la diversité des pathologies qu'elles accueillent. Les MAS présentent une population plus homogène et plus dépendante contrairement au FAM. Concernant les professionnels, historiquement ces structures sont composées en majorité de professionnels éducatifs comme les AMP ou les éducateurs spécialisés et aussi d'aides-soignantes. Mais d'autres professions ont fait leur apparition. C'est le cas notamment des ergothérapeutes, dont le nombre en FAM et MAS a augmenté depuis les lois de 2002 et 2005. Cependant la proportion exacte n'est pas connue ainsi que la tendance de celle-ci. De plus les actions des ergothérapeutes dans ces structures restent à définir. Trois études anglaises se sont penchées sur les ergothérapeutes anglais travaillant dans des structures équivalentes aux FAM et MAS. Il en ressort que les interventions les plus fréquentes concernent le positionnement et le réglage des fauteuils roulants et l'utilisation de celui-ci. Enfin il en ressort que la formation des autres professionnels de la structure est un objectif courant en ergothérapie et que la présence d'un ergothérapeute dans la structure a un impact positif sur l'ensemble de l'équipe soignante. Cependant ces données ne sont pas généralisables et surtout non applicables au contexte français.

1.5.4 Problématisation pratique

Au regard du contexte de la recherche et de la revue de littérature, un ensemble de questions, en lien avec la pratique des ergothérapeutes, émerge. Il s'agit de la problématisation pratique.

En effet nous pouvons nous demander :

Tout d'abord, quelle est la population d'ergothérapeute travaillant en FAM et MAS en France ? Notamment quels sont les actes réalisés par les ergothérapeutes travaillant en FAM et MAS en France ? Et comment ces derniers impactent la satisfaction professionnelle des ergothérapeutes travaillant en FAM et MAS en France ? En effet qu'en est-il de la satisfaction professionnelle des ergothérapeutes travaillant en FAM et MAS en France ? Et donc quels sont leurs besoins ? Enfin quelles actions peuvent-ils mettre en place pour promouvoir l'ergothérapie dans leurs structures ?

1.6 L'enquête exploratoire

Une enquête exploratoire est réalisée dans le but de confronter l'état des lieux de la revue de littérature à l'état des lieux de la pratique. Elle va permettre de vérifier la faisabilité de la recherche et la pertinence de celle-ci. L'enquête pourra aussi pallier la difficulté de trouver des études sur le thème insuffisamment ciblé. Et enfin elle permettra une distanciation vis-à-vis de la revue de littérature.

Cette enquête présente aussi des objectifs plus spécifiques.

En effet, l'enquête est réalisée dans le but de :

- Décrire la population des ergothérapeutes travaillant en FAM et MAS.
- Ordonner les actes ergothérapeutiques réalisés dans ces structures.
- Comprendre la réduction du champ d'intervention des ergothérapeutes en FAM et MAS vis-à-vis du référentiel d'activités des ergothérapeutes.
- Mesurer la satisfaction professionnelle des ergothérapeutes en FAM et MAS.
- Lister les besoins des ergothérapeutes dans ces structures.
- Lister les actions de promotion de l'ergothérapie pouvant être menées par les ergothérapeutes.

Pour cela, l'enquête cible et inclue l'ensemble des ergothérapeutes travaillant en FAM et MAS en France. Sont donc exclus les ergothérapeutes ne travaillant pas en France car les structures médico-sociales et le système de santé sont différents. Sont aussi exclus les ergothérapeutes ayant travaillé et ne travaillant plus dans les FAM et MAS car la satisfaction est un facteur se mesurant au présent.

Les sites d'exploration de l'enquête sont évidemment les FAM et MAS de France ayant des ergothérapeutes. Pour cela un annuaire des structures médico-sociales est utilisé ainsi que les réseaux d'ergothérapeute. De plus, les groupes d'ergothérapeutes sur les réseaux sociaux sont consultés.

L'outil de recueil de données est un questionnaire. Le questionnaire a pour objectif de décrire des populations et d'estimer des valeurs absolues. L'avantage de cet outil est qu'il garantit l'anonymat ce qui peut faciliter l'expression des enquêtés. Il permet d'atteindre un public nombreux et éloigné. Enfin avec cet outil le biais lié à la présence de l'enquêteur n'est pas présent. Cependant il présente quelques limites. Notamment sur le fait qu'il n'y a pas un temps de réponse imposé, les réponses peuvent être réfléchies et cela perd en spontanéité. Enfin cet outil réclame un temps de préparation important (27).

Différents biais sont possibles lors de l'enquête, des stratégies sont à mettre en place pour les éviter :

Des biais méthodologiques peuvent être présents du fait d'une mauvaise formulation des questions, d'un excès de questions ouvertes ou d'une population sondée qui n'est pas caractéristique de la population ciblée. Il est donc important d'avoir des informations sur la population ciblée. Le questionnaire doit être rapide à remplir pour les enquêtés. Les questions ne devront pas être orientées. Celles-ci devront être précises et simples. Des biais affectifs peuvent être dus à une déformation du jugement de l'enquêteur. Il est important de prendre du recul sur les résultats de l'enquête. Enfin des biais de confirmation consistent à privilégier les informations qui confirment l'idée préconçue. Un travail de remise en question est donc primordial. La prise de recul et la remise en question pourront se faire en analysant les résultats de l'enquête avec le directeur de mémoire et la référente professionnelle (28).

Le questionnaire est construit sur l'outil GoogleForm® à l'aide d'une matrice de questionnement (cf. Annexe 3). L'outil de recueil de données se compose d'une introduction expliquant aux enquêtés le contexte et les objectifs de la recherche. Ceci est suivi de 16 questions. Trois types de questions sont utilisées : ouvertes, semi ouvertes et fermées. Un mot de remerciement est présent à la fin du questionnaire.

Le questionnaire est présenté à une cohorte test représentative de la population ciblée. Il s'agit de trois ergothérapeutes travaillant en MAS. Cela a pour but de recueillir des nouveaux items et de minimiser les biais méthodologiques. Après retour de la cohorte test, le questionnaire est modifié. Cette modification porte sur l'intitulé de certaines questions et leurs modalités de réponses.

L'enquête est lancée. A bout de trois semaines l'enquête est clôturée. 37 réponses sont recueillies.

1.6.1 Analyse des résultats

Description de la population :

Une série de questions appelées Questions Sociaux Professionnelles (QSP) ont permis d'obtenir les résultats suivants et donc de décrire la population ayant répondu à l'enquête exploratoire. Tout d'abord parmi les 37 réponses, 32 sont des femmes et 5 sont des hommes. La moyenne d'âge des répondants est de 34 ans. Puis 10 régions sur 13 sont représentées dans les résultats. En ce qui concerne l'expérience professionnelle, l'année d'obtention du diplôme d'état d'ergothérapie des enquêtés varie en 1996 et 2019. L'expérience professionnelle en moyenne

est de 10 ans. Ensuite pour 28 personnes leur poste actuel en FAM et MAS correspond à leur première expérience dans ce type de structure contre 9 personnes ayant déjà eu une expérience en FAM ou MAS. Cela correspond à une expérience dans ce type de structure de cinq ans et demi en moyenne. Sur l'ensemble des réponses 22 personnes travaillent en MAS, 10 personnes en FAM et 5 travaillent dans les deux structures.

Classement des actes ergothérapeutiques réalisés par la population :

Une question demandait de classer une liste d'actes pouvant être réalisés en ergothérapie, du plus réalisés au moins réalisés en fonction du temps qui leurs sont alloués. Chaque acte reçoit donc une note de 1 à 12 avec : 1 étant l'acte pour lequel le plus de temps y est consacré et 12 étant l'acte pour lequel le moins de temps y est consacré. Une moyenne des notes de chaque acte est ensuite faite (plus la moyenne est basse, plus l'acte est réalisé). Les moyennes sont disponibles en annexe (Cf. Annexe 5).

En fonction de cette moyenne chaque acte est classé de 1 à 12 avec : 1 étant l'acte pour lequel le plus de temps y est consacré et 12 étant l'acte pour lequel le moins de temps y est consacré.

Le classement suivant est réalisé :

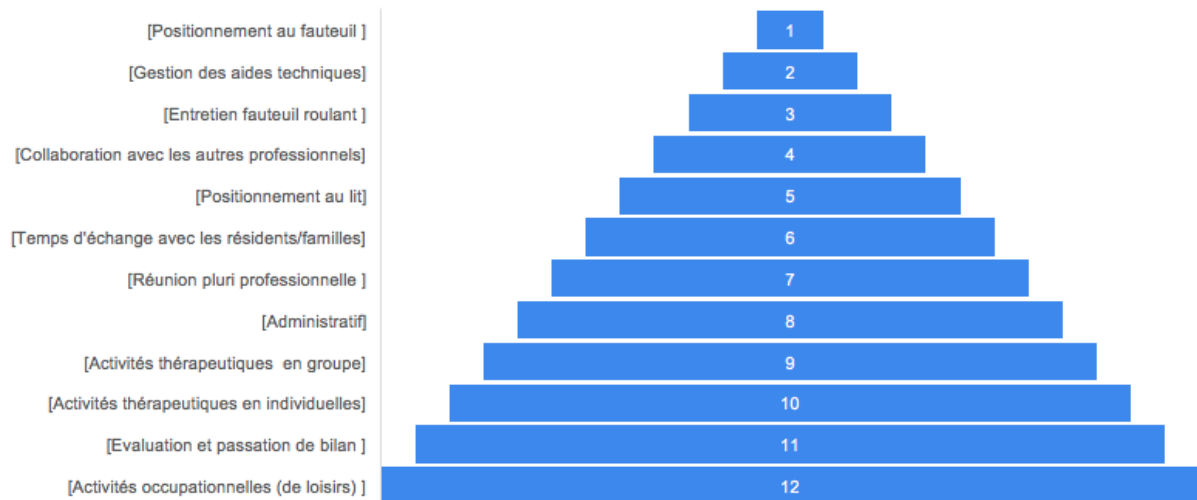


Figure 1 : Classement des actes ergothérapeutiques du plus au moins réalisés en fonction du temps

D'après les résultats de l'enquête, les trois actes les plus réalisés sont : le positionnement au fauteuil, la gestion des aides techniques et l'entretien des fauteuils roulants. Les trois actes les moins réalisés sont : les activités thérapeutiques (rééducation, réadaptation) en individuel, l'évaluation et passation de bilans validés et les activités occupationnelles de loisirs. A noter que la collaboration avec les autres professionnels (internes ou externes à la structure) arrive à la quatrième position.

Satisfaction professionnelle de la population :

Une question demandait aux ergothérapeutes d'évaluer leur satisfaction professionnelle. Pour cela il devait la situer sur une échelle allant de 0 à 10.

La satisfaction la plus basse est de 3. La plus haute est de 10. La moyenne des satisfactions s'élève à 6,5. La médiane est de 7. La note apparaissant le plus est 6 avec dix personnes.

La courbe de la satisfaction professionnelle est représentée dans le diagramme suivant :

Avec en abscisse la satisfaction professionnelle et en ordonnée le nombre de personne.

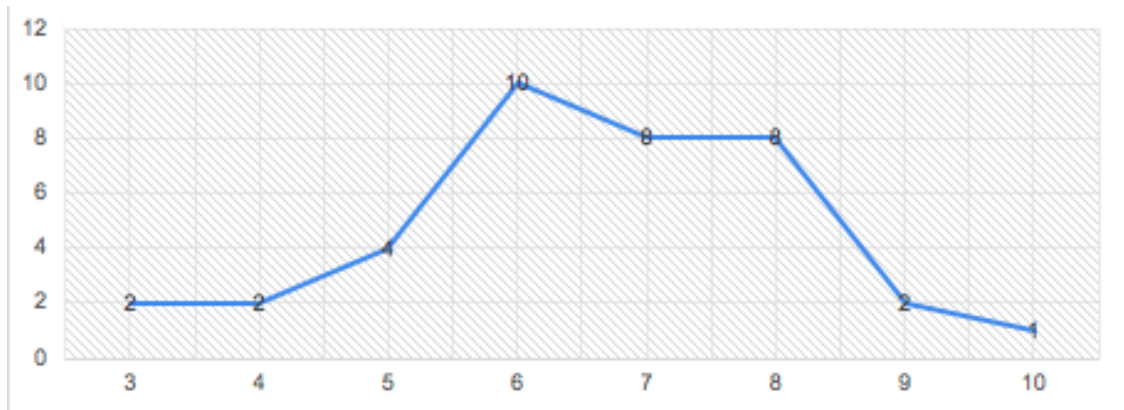


Figure 2 : Satisfaction professionnelle des ergothérapeutes en FAM et MAS

Besoins des ergothérapeutes et actions de promotion de l'ergothérapie :

Enfin, une question demandait aux ergothérapeutes de définir quels sont leurs besoins au sein de leurs structures. Et une autre question demandait quelles actions pourrait être envisagée pour promouvoir l'ergothérapie dans leurs structures.

L'ensemble des réponses sont dans le diagramme suivant :

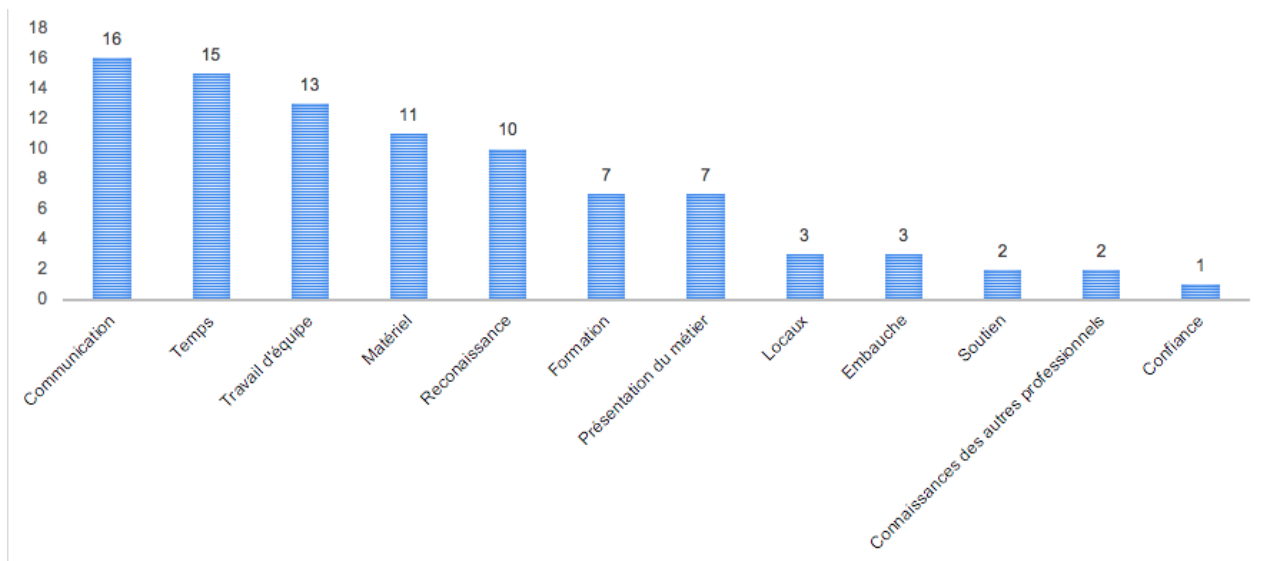


Figure 3 : Besoins des ergothérapeutes

Les réponses de ces deux questions ont été regroupées et analysées dans le but de faire ressortir les occurrences de mots. Il en ressort que le terme **communication** apparaît 16 fois, suivi du **temps** 15 fois et du **travail d'équipe** 13 fois.

1.6.2 Analyse critique des résultats

Tout d'abord il est important de préciser qu'au vu du faible nombre de réponses, les résultats ne sont en rien une preuve et généralisables. Ce faible nombre de réponses peut s'expliquer par la difficulté de contacter les ergothérapeutes travaillant en FAM et MAS. Le questionnaire a été envoyé dans de nombreuses structures sans savoir si un ergothérapeute y travaillait.

Ensuite différents biais ont peut-être faussé les résultats. En effet certains ergothérapeutes ont trouvé la question 2 (Cf. Annexe 4) compliquée et ont donc rencontré des difficultés à classer leurs activités en fonction du temps consacrés à celles-ci. Certaines activités auraient pu être exæquo, la difficulté se trouvait à devoir faire un choix. Enfin le temps passé sur chaque activité dépend du temps global passé sur la structure et il s'avère que le temps effectif des répondants est très hétérogène (de 25% à 100%), cela a pu biaiser le résultat.

1.7 Confrontation de la revue de littérature et de l'enquête exploratoire

Au regard de la revue de littérature et des résultats de l'enquête exploratoire, une confrontation peut être faite dans le but de nourrir la problématique pratique et d'aboutir à une question initiale de recherche.

Tout d'abord, une corroboration est observable. En effet, concernant les actes réalisés en ergothérapie dans les FAM et MAS, ceux-ci sont majoritairement axés sur le positionnement au fauteuil roulant ainsi que la réparation/gestion de ce dernier. En comparaison avec le référentiel de compétences des ergothérapeutes, ces actes ne représentent qu'une partie minime de celui-ci.

Ensuite, la revue de littérature faisait apparaître la volonté de l'ergothérapeute d'aller vers les autres professionnels, il s'agit d'un objectif courant. Ceci corrobore avec les résultats de l'enquête car l'acte « collaboration avec les autres professionnels » est le quatrième acte le plus réalisé. Cependant, d'après les résultats de l'enquête, la communication et le travail en équipe sont identifiés comme les besoins et les actions de promotion de l'ergothérapie principaux.

A la suite de cette confrontation, un questionnement ressort :

- Existe-t-il un problème identitaire des ergothérapeutes au sein des FAM et MAS ?
- Comment expliquer le besoin de communiquer et de travailler davantage en équipe alors que la collaboration avec les autres professionnels est un acte courant ?

Ce questionnement permet d'introduire la question initiale de recherche suivante :

En quoi le travail d'équipe en FAM/MAS participe-t-il à l'évolution de l'identité de l'ergothérapeute dans la structure ?

1.8 Cadre conceptuel

Face à cette question deux concepts émergent, celui du **travail d'équipe** et celui de l'**identité**. Le concept de travail d'équipe s'inscrit dans le champ disciplinaire de la psycho-sociologie. Cette discipline étudie la psychologie des personnes au sein de cercles sociaux comme le travail notamment. Il s'inscrit aussi dans plusieurs disciplines comme l'ergonomie, le droit ou les sciences de la gestion. Quant au concept d'identité il peut être affilié à de nombreux champs disciplinaires. Dans le cadre de question initiale de recherche, l'identité s'inscrit dans le domaine de la sociologie et notamment la sociologie du travail car il s'agit de l'identité d'une profession : l'ergothérapie. Ils seront développés dans le but d'amener à une problématisation théorique.

1.8.1 Le travail d'équipe :

Définition :

Il est important de commencer par définir les différents termes du concept. Il s'avère que la définition de travail amène à parler d'équipe et inversement. En effet selon le CNRTL le travail se définit comme une « activité, ensemble d'activités coordonnées, d'une ou de plusieurs personnes, en vue de la réalisation de quelque chose » (29). L'équipe, elle se définit comme un « groupe de personnes réunies pour accomplir ensemble un travail commun. » (30). La notion de travail d'équipe pourrait être alors considérée comme un pléonasme. Celui-ci a pour définition « travail qui est réalisé collectivement par un groupe de personnes » (30).

A travers ces différentes définitions, l'élément qui ressort est celui de la notion d'équipe. Étymologiquement parlant, l'équipe vient du mot eschiper qui voulait dire « équiper un navire pour qu'il puisse partir ». Ceci montre l'interdépendance entre les équipiers, chaque tâche est importante et que si l'une d'elle n'est pas faite ou mal faite, le bateau ne partira pas.

De ce fait, « l'équipe » est-elle toujours assimilée à un ensemble de personnes dont les tâches sont liées afin de répondre à un objectif commun ?

La notion d'équipe :

Selon Denis Mellier, il y a quatre obstacles pour définir une équipe dans une institution :

Tout d'abord, l'équipe est souvent assimilable à l'institution. L'une est utilisée pour parler de l'autre. Deuxièmement, l'équipe peut être définie que comme une « collection d'individus » mettant en avant l'aspect organisationnel. Troisièmement, la définition de l'équipe se limite à celle d'un groupe, ceci mettant au second plan la motivation de celui-ci. Enfin, l'équipe n'existe qu'en présence des résidents (31). Également Paul Fustier apporte une notion de mouvement, selon lui une équipe est en balance entre deux extrêmes :

L'un dans lequel, l'équipe est formée de personnes différentes, agissant librement sans points de repères communs. Dans cette équipe, il n'y a pas de place pour la discussion, toutes les initiatives sont considérées comme bonnes. A l'opposé, l'équipe formerait une entité soudée et homogène. Sans mouvement, cette équipe est figée. Il n'y a pas de place pour la nouveauté (32). Ainsi à l'aide des apports de ces auteurs, la définition d'équipe peut être enrichie. L'équipe est alors un groupe de personnes, faisant partie de l'institution mais ne formant pas son ensemble, organisée et motivée à réaliser un travail commun en présence ou non des résidents, en équilibre entre une équipe laxiste et non structurée et une équipe figée et contraignante. Ainsi, est-il facile de toujours trouver cet équilibre ? De plus, les différentes professions au sein de l'équipe ont-elle un impact sur cet équilibre ?

Un travail commun :

Cependant il ne suffit pas de mettre plusieurs personnes ensemble pour former une équipe, il faut qu'il y ait adhésion. En effet selon Roger Mucchielli, « l'appartenance (à l'équipe) de la part des membres, gage de participation et de coopération, est le vécu singulier de ce qui est cohésion au niveau groupal » (33). Cette adhésion, ce sentiment d'appartenance peut se créer et se matérialiser à travers un outil : le projet institutionnel. D'après P. Fustier, un projet institutionnel est bâti autour d'une idée principale qu'il qualifie « idée force ». Si cette idée est assez forte, elle réussira alors à transformer un groupe de professionnels en une équipe. Ce projet sera travaillé avec l'ensemble des pratiques des professionnels mais celles-ci auront « un surcroît de significativité, car ces pratiques apparaissent alors non plus comme une collection d'agir ayant chacun son objectif distinct mais comme référées à l'axe « enrichisseur » du projet qui leur confère une dimension supplémentaire » (32). Si une personne n'adhère pas au projet institutionnel, peut-elle se sentir mise à part dans l'équipe ? Et par conséquent, un projet institutionnel peut-il toujours répondre aux attentes et aux besoins de toutes les professions ?

Or avoir une équipe adhérente et travaillant autour d'un projet institutionnel ne garantit pas sa compétence. Selon Guy Le Boterf « c'est la qualité de la coopération d'un collectif de travail qui fait la performance collective » (34). En effet, dans une équipe ou un collectif de travail, chaque professionnel est différent, de par son âge, son expérience professionnelle, ses compétences etc... Cette hétérogénéité est une force. En effet « les compétences de chacun peuvent enrichir le réseau qui pourra être mobilisé à son tour par chaque acteur ». C'est un système gagnant-gagnant car « plus les participants mettent en commun leurs intelligences et leurs savoirs, plus chacun bénéficie et plus le savoir collectif augmente » (34). Au contraire, ce système peut-il être une faiblesse pour certains ? En effet, comment s'organisent deux professionnels ayant la ou les mêmes compétences ? L'un sera-t-il effacé au profit de l'autre ?

Une organisation spécifique :

Afin de permettre à chacun de contribuer au savoir collectif et de rendre l'équipe compétente, une organisation est nécessaire : la coopération. Celle-ci se distingue d'une part de la collaboration avec sa notion d'échange réciproque, d'après Le Boterf, la coopération est plus exigeante que la collaboration car « dans une relation de collaboration un acteur peut se limiter à contribuer à la réalisation d'un projet ou d'une activité, dans une relation de coopération, il y a réciprocité » (34). La coopération se distingue d'une autre part de la coordination qui est la fonction qui rend la coopération possible. Cependant plus les professionnels sont autonomes dans leur coopération moins ils ont besoin de coordination.

La coopération se définit comme un tissu relationnel, elle est la somme d'interactions entre les professionnels. Elle répond à différents critères de qualité qui sont d'après le Boterf : « la pertinence, la concordance, l'efficacité et la synchronisation » (34).

Dans *Construire les compétences collectives*, il est décrit deux types de coopération : une coopération obligée, imposée par la direction et une coopération interactive émanant des prises d'initiatives des différents professionnels. Or il est précisé qu'une « véritable coopération ne peut fonctionner que si elle est volontaire et non pas si c'est une contrainte » (34).

Quels impacts peuvent avoir ces deux types de coopération sur le travail réalisé par les professionnels ? Dans quelles circonstances un projet institutionnel rend la coopération obligée ou volontaire ? Comment dans la pratique professionnelle se caractérise la coopération ?

De surcroît différentes modalités de coopération peuvent être décrites :

La coopération pluridisciplinaire : C'est la modalité se rapprochant le plus de la collaboration. En effet il n'y a pas forcément cette notion de réciprocité décrite plus haut. Les différents professionnels se retrouvent à travailler sur un même projet tout en restant indépendant. Cela

correspond à superposer les points de vue sans qu'il n'y ait forcément du liant entre les disciplines. Les professionnels « multiplieront les angles de vues et confronteront leurs regards pour analyser et résoudre un problème » (34). Cette modalité peut être décrite comme à la « base » des démarches inter et transdisciplinaires.

La coopération interdisciplinaire : C'est la modalité la mieux décrite dans la littérature. Coopération et interdisciplinarité pourraient être des termes synonymes car les critères de réalisation de l'un sont identiques à l'autre. En effet selon le Boterf, l'interdisciplinarité implique des relations de confiance, une organisation pertinente et évolutive, une répartition équitable de la charge de travail, une synchronisation et des concertations. Les professionnels « iront jusqu'à effectuer des synthèses en créant de nouvelles connaissances ou représentations à partir de leurs apports divers de façon à pouvoir prendre des décisions communes » (34).

La coopération transdisciplinaire : C'est une démarche encore peu étudiée, parfois décrite comme utopique, parfois décrite comme simple prolongement de l'interprofessionnalité. Elle correspond au transfert d'un ensemble de concepts, compétences et représentations d'une discipline à une autre. Les rôles, les fonctions et les responsabilités sont interchangeable entre les membres de l'équipe. Les frontières des disciplines semblent disparaître.

Nous pouvons alors nous demander si deux types de coopération peuvent-elles être associées ? De plus, ces coopérations évoluent-elles dans le temps ? Et par conséquence, les professionnels sont-ils figés dans une modalité de coopération ?

Enfin différents auteurs ont établi des conditions et des critères de qualité de la coopération.

Selon Mucchielli, les professionnels ont une communication facile et dans toutes les directions, ils expriment leurs désaccords et tensions, ils ont la volonté de suppléer un membre défaillant, ils ont la connaissance des aptitudes, réactions, initiatives de toute l'équipe et ils divisent le travail après l'élaboration en commun d'objectifs (33).

Selon Couchaère quatre qualités sont indispensables : la crédibilité, la cohérence, la consistance et la congruence (35).

Selon le Boterf, les professionnels coopèrent dans le bon timing, ils construisent leurs représentations collectives qu'ils actualisent constamment, ils communiquent efficacement grâce à un langage commun, ils permettent une intercompréhension immédiate (grâce à des gestes, attitudes, postures, écoute, direction du regard etc.) et ils dépassent leurs cloisonnements (disciplinaire, géographique ou sectoriel) (34).

Certaines de ces compétences ne sont pas propres à une profession mais plutôt propre à la personne, dans ce cas comment garantir leurs présences ? De plus, une coopération de qualité

semble prendre du temps à être installée. Quel serait alors l'impact d'un changement de professionnel ou encore d'une personne en remplacement ?

Ce qu'il faut retenir de cette notion de travail d'équipe c'est l'importance de l'équipe et de ceux qui la composent. L'équipe est une entité vivante et en mouvement. Elle est composée de différents professionnels et de différentes personnes. Elle possède un véritable savoir collectif qui est enrichi par les hétérogénéités de chaque membre de cette équipe. Une organisation est mise en place pour permettre la compétence, il s'agit de la coopération. Celle-ci peut être d'origine interne à l'équipe et donc volontaire ou externe à l'équipe, imposée. La coopération se présente sous différentes modalités, elle peut être pluri, inter ou transdisciplinaire. Cette organisation fait appel à des compétences et à des critères spécifiques comme la communication, la confiance, l'intercompréhension, la congruence ou encore la réciprocité.

1.8.2 L'identité :

Pour introduire ce concept il est important de préciser qu'il y a autant de définition de l'identité que de personnes qui l'ont étudié. C'est un concept complexe et il est facile de s'y perdre. Par soucis de clarté, des éléments ont été mis de côté dans le but d'aller à l'essentiel.

L'identité, une notion dimensionnelle :

D'après le CNRTL, l'identité est « ce qui demeure identique ou égal à soi-même dans le temps ». L'identité peut être aussi définie au vu de la loi, il s'agit alors de « l'ensemble des traits ou caractéristiques qui, au regard de l'état civil, permettent de reconnaître une personne et d'établir son individualité au regard de la loi » (36). Pour Jean Baechler, l'identité de l'Homme se compose en trois niveaux : le niveau humain, identifiant l'Homme comme une espèce à part entière, tous les humains sont identiques ; le niveau culturel, identifiant l'Homme dans son appartenance à une culture, à un groupe ; le niveau idiosyncrasique identifiant, outre le niveau humain et culturel, ce qui rend un humain unique (37).

Ce phénomène peut être décrit comme individuel, subjectif, empirique, la personne est libre de faire ses choix, de déterminer ce qui est son identité. « Chaque individu possède sa propre conscience identitaire qui le rend différent de tous les autres » (37). Il est aussi décrit comme un phénomène collectif ou l'identité est « un rapport. Ce n'est pas une qualité intrinsèque qui existerait en soi, en l'absence de tout contact avec les autres » (38). L'identité est présente et se forme grâce aux relations sociales. Pour Louis Jacques Dorais, « l'identité est avant tout relationnelle, elle est sujette à changement quand les circonstances modifient le rapport au monde » (38).

Claude Dubar, lui, considère l'identité autant comme un phénomène individuel que comme un phénomène collectif. Pour lui « l'individu ne se construit jamais seul : son identité dépend autant des jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi » (39). Il considère l'identité comme un phénomène en trois dimensions (moi, nous et autrui) et introduit les notions d'identité pour soi et d'identité pour autrui. L'identité pour soi correspond à l'image que l'individu se fait de lui (moi), l'identité pour autrui correspond à l'image que l'individu souhaite renvoyer (autrui) et enfin l'identité se construit avec l'image que les personnes ont de l'individu (nous) (39,40).

Face à toutes ces définitions et notions apportées par les auteurs, peut-on encore parler d'identité unique ? Faut-il décliner l'identité infiniment ? Identité personnelle, sociale, légale, professionnelle, culturelle, naturelle, ethnique, nationale...

Un processus de construction, la socialisation :

Cependant, tous se mettent d'accord pour dire que la construction de l'identité ou des identités est un processus, elles se construisent tout au long de la vie et à chaque étape de celle-ci. « L'identité humaine n'est pas donnée, une fois pour toute, à la naissance : elle se construit dans l'enfance et, désormais, doit se reconstruire tout au long de la vie » (39).

La socialisation est l'un des noms pouvant être donné à ce processus. Elle se définit comme un apprentissage permettant à un individu de s'intégrer à la société dans lequel il vit. Selon Dominique Bolliet et Jean-Pierre Schmitt la socialisation correspond à la transmission des cultures et à l'incorporation des valeurs, normes et rôles de la société. Elle permet la construction des identités, l'intégration des personnes dans des groupes et la capacité à créer des liens sociaux (41).

La socialisation est présente tout au long de la vie mais se divise en deux. Tout d'abord la socialisation primaire, celle-ci se situe dans l'enfance et jusqu'à l'adolescence. La famille y joue un rôle essentiel, ainsi que l'école. Dans cette étape l'enfant y apprend l'ensemble des éléments nécessaires pour s'intégrer dans la société. Ensuite la socialisation est secondaire, elle est présente du passage à la vie d'adulte et ne se termine pas. On parle aussi de socialisation continue. La socialisation secondaire permet aux individus d'intégrer les différents groupes que celui-ci fréquente, lors de voyage, de formation, auprès d'amis, de loisirs et notamment au travail et dans chaque nouveau collectif de travail qu'il rencontrera (42). C'est lors de cette socialisation secondaire que l'individu va construire son identité professionnelle. En effet selon Félix Gentili, « l'identité professionnelle est avant tout une identité sociale ancrée dans une profession. Elle est le produit d'une incorporation de savoirs professionnels. Elle constitue donc une socialisation secondaire » (43).

Nous pouvons nous demander si une socialisation primaire difficile impacte la socialisation secondaire ? De plus, l'identité professionnelle change-t-elle radicalement lorsque la personne change de profession ? En effet, existe-t-il une identité professionnelle basale ? Enfin, comment peut-on définir l'identité professionnelle ?

L'identité professionnelle issue de la socialisation secondaire :

Pour Jacques Ion, « l'identité professionnelle, c'est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur » (44). Ou encore d'après Pierre Doray, l'identité professionnelle est fabriquée dans la négociation entre une personne avec son identité professionnelle et une entreprise/institution qui reconnaît ou non cette identité (45). A travers ces deux définitions, il est possible d'y voir un parallèle avec les trois dimensions de Claude Dubar, où l'identité professionnelle pour soi est l'image que l'individu a de sa profession, l'identité professionnelle pour autrui est l'image de sa profession que l'individu souhaite montrer et enfin cette identité professionnelle se construit avec l'image qu'ont les individus de leur profession.

Deux personnes de la même profession peuvent-elles avoir des identités professionnelles significativement différentes ? Par conséquent, comment mettre au même niveau un professionnel seul représentant de sa profession face à une profession plus représentée dans la structure ? En d'autres termes, comment mettre à égalité une identité professionnelle unique face à une identité professionnelle qui serait alors collective ? Enfin, comment agir lorsque son identité professionnelle pour soi est différente de celle que les autres professionnels renvoient ?

L'identité professionnelle comme garant de la pratique ? :

Pour Paul Fustier, la légitimité des pratiques et l'identité professionnelle sont intimement liées. Certaines professions seraient dotées d'une noblesse culturelle qui les rendraient titulaires d'une identité professionnelle a priori, légitimant alors les pratiques. A l'inverse d'autres professions devraient obtenir leurs légitimités de ce qu'ils produisent dans le but d'obtenir une identité professionnelle a posteriori. Cela est du devoir de l'institution de rendre les pratiques légitimes en questionnant le professionnel sur les fondements de celles-ci. En effet, « l'instance légitimante est critique, elle n'est pas bienveillante, elle se prononce sur des propositions qui doivent être argumentées, défendues, faire la preuve de leur intérêt par rapport à la tâche primaire de l'institution en référence à une théorie » (32).

Dans ce cas, comment une institution peut-elle être légitimante pour une équipe composée de différentes professions ? Ainsi, la coopération peut-elle rendre une profession légitime ? De plus, une identité professionnelle peut-elle être plus forte qu'une autre ? Et donc, comment une

institution fait-elle coopérer des professionnels ayant une identité professionnelle forte et des professionnels devant l'imposer ?

Caractéristiques de l'identité professionnelle dans la pratique :

Renaud Sainsaulieu identifie quatre types d'identités professionnelles :

L'identité fusionnelle est caractérisée par une solidarité importante envers le collectif de travail et une dépendance auprès de la hiérarchie. Cette identité se retrouve dans un cadre de travail où il n'y pas beaucoup de place pour les initiatives. Cette identité est construite sur le collectif.

L'identité de retrait est marquée par un désengagement dans la profession et dans les relations professionnelles. Celle-ci se présente dans le contexte d'un investissement infructueux, dans un environnement de travail où il n'y a pas de pouvoir de décision et de prise d'initiative.

L'identité de négociation dans laquelle la personne est au plus près de son identité personnelle. La personne échange beaucoup avec son environnement de travail. Celle-ci est capable de négocier avec sa hiérarchie. Cette identité se retrouve dans un environnement où les qualités et compétences du professionnel sont reconnues.

L'identité affinitaire est une identité de liens, la personne crée des réseaux et des relations en fonctions de ses affinités. Cette identité est synonyme d'un environnement de travail stimulant et propice à l'évolution de carrière (46,47).

Enfin, Claude Dubar y ajoute deux autres identités professionnelles :

L'identité d'exclusion, caractérisée par un désintérêt et un désengagement dans la profession du fait d'un manque de reconnaissance de la part de l'environnement de travail.

L'identité bloquée, qui définit un individu peu diplômé dans un contexte nécessitant de nombreuses qualifications, celui se trouve alors freiné dans son intégration professionnelle (48).

Nous pouvons nous demander si ces différentes identités sont figées ? Et donc, en quoi l'identité d'un professionnel peut évoluer ? Et surtout dans quel contexte professionnel celle-ci peut évoluer ? L'équipe peut-elle aider à faire évoluer l'identité professionnelle ?

Ce qu'il faut retenir de ce concept est que l'identité est une notion complexe. Tout d'abord elle est dimensionnelle, en effet l'identité peut être caractérisée dans trois dimensions : le moi, l'autrui et le nous. Ensuite l'identité est un processus qui se construit. Cette construction se déroule dans différentes instances et différents moments de la vie. Il s'agit de la socialisation. Cette socialisation est tout d'abord primaire pendant l'enfance. Elle est ensuite secondaire durant la vie adulte. C'est lors de la socialisation secondaire que se construit l'identité professionnelle. Celle-ci prend forme selon certaines conditions et a été décrite de six façons différentes : affinitaire, de retrait, bloquée, d'exclusion, de négociation et fusionnelle.

Ces deux concepts sont synthétisés dans une matrice conceptuelle (Cf. Annexe 6).

1.9 Problématisation théorique

Ces deux concepts permettent de prendre de la hauteur sur les résultats de l'enquête exploratoire et d'enrichir la problématisation pratique. En effet face aux actes réalisés par les ergothérapeutes en FAM et MAS, la question interrogeait un possible problème identitaire des ergothérapeutes dans ces structures. Désormais l'interrogation porte sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. En effet, quelle est l'identité professionnelle des ergothérapeutes en FAM et MAS ? Et comment celle-ci peut-elle évoluer ? De plus, l'identité professionnelle pour soi des ergothérapeutes en FAM et MAS est-elle différente de l'image qu'ont les autres professionnels de l'ergothérapie ? Ensuite, l'enquête exploratoire montrait le besoin des ergothérapeutes de communiquer et de travailler en équipe malgré que cela soit déjà présent dans la structure. Dans ce cas, comment expliquer ce besoin ? Est-il en lien avec l'identité professionnelle des ergothérapeutes ? Par conséquent, comment la coopération entre professionnels au sein des MAS et FAM peut-elle bénéficier à l'identité professionnelle des ergothérapeutes ? Dans quel type de modalités de coopération se trouvent les ergothérapeutes en FAM et MAS ? Ainsi, la coopération serait-elle synonyme de socialisation secondaire ? Enfin, une socialisation secondaire incomplète des ergothérapeutes explique-t-elle le besoin de coopérer en FAM et MAS ?

Ce questionnement permet de préciser la question initiale de recherche pour ainsi définir la question de recherche et l'objet de recherche.

1.10 Question et objet de recherche

Au regard des concepts développés et de la problématisation théorique, la question initiale de recherche peut être modifiée pour obtenir la question et l'objet de recherche

Question de recherche :

En quoi les différentes modalités de coopération influencent-elles l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en FAM/MAS ?

Objet de recherche :

L'influence des différentes modalités de coopération sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en FAM/MAS

2. Matériel et méthode

Dans cette partie il est question de décrire les détails du travail de recherche. Cela permet de mieux comprendre la méthode de construction de la recherche et de la rendre reproductible.

2.1 Objectif de la recherche

L'objectif de la recherche est de vérifier l'hypothèse de l'existence d'un lien de corrélation entre la modalité de coopération dans lequel un ergothérapeute est inscrit au sein des FAM et MAS et son identité professionnelle. La recherche questionnera donc les ergothérapeutes dans un premier temps sur leurs modalités de coopération puis dans un second temps sur leurs identités professionnelles.

2.2 Choix de la méthode

Pour effectuer la recherche, la méthode choisie est la méthode différentielle. En effet, c'est une méthode descriptive qui étudie la variabilité des individus par rapport à un phénomène extérieure. Dans la méthode différentielle c'est la relation entre deux variables, et une corrélation qui sont recherchées et non une causalité (49). C'est cette méthode qui correspond le mieux à l'objectif de la recherche, qui est de vérifier l'existence d'un lien de corrélation entre les modalités de coopération et l'identité professionnelle des ergothérapeutes en FAM et MAS.

2.2.1 Identification des variables

Comme dit précédemment, la méthode différentielle étudie une possible corrélation entre deux variables. Il est donc important de définir ces variables. C.Eymard définit deux types de variables. Les variables dépendantes et les variables indépendantes. Ce qui différencie ces deux variables est l'influence que l'une a sur l'autre. En effet les variables dépendantes sont qualifiées comme cela car elles dépendent d'une ou plusieurs autres variables qui elles sont indépendantes (49).

Dans le cadre de cette recherche, la variable dépendante est l'identité professionnelle (Ip), celle-ci se décline en plusieurs modalités : fusionnelle (IpF), de négociation (IpN), affinitaire (IpA), de retrait (IpR), d'exclusion (IpE) et bloquée (IpB). Cette variable « identité professionnelle » serait hypothétiquement dépendante de la variable suivante : la coopération (C). Il s'agit donc de la variable indépendante. Cette variable prend trois modalités : pluridisciplinaire (Cp), interdisciplinaire (Ci) et transdisciplinaire (Ct). Cette variable existant de fait, elle est qualifiée d'invoquée (49).

De plus, la variable « identité professionnelle » peut être spécifiée comme intra individuelle de type dimensionnelle. En effet, elle correspond à la variation de l'identité professionnelle

(intrinsèques aux individus et relatifs à leurs comportement et croyances) dans le temps et face à des contextes différents. Quant à la variable « coopération » elle peut être spécifiée d'inter-groupale de type contextuelle. Effectivement, cette variable s'intéresse à la différenciation des groupes (équipe pluriprofessionnelle en FAM et MAS) vis-à-vis d'un contexte (le travail en équipe) (49).

2.2.2 Hypothèse de recherche

Une fois les variables identifiées, une hypothèse de recherche peut être formulée. Voici l'hypothèse générale :

H1 : La modalité de coopération entre les professionnels des FAM et MAS influence l'identité professionnelle des ergothérapeutes.

Cette hypothèse doit être réfutable, c'est pourquoi l'hypothèse nulle est formulée :

H0 : La modalité de coopération entre les professionnels des FAM et MAS n'influence pas l'identité professionnelle des ergothérapeutes

L'hypothèse générale doit être ensuite opérationnalisée, cela va la rendre observable plus facilement (49).

Hypothèse générale opérationnalisée :

Au plus la modalité de coopération permet des échanges entre les professionnels (interdisciplinaire et transdisciplinaire) au plus les identités de types, négociation et affinitaire, sont présentes.

Des hypothèses secondaires pourront être formulées aux cours des différents tests statistiques.

2.3 Choix de la population

Pour réaliser cette recherche, la population ciblée concerne les ergothérapeutes travaillant en FAM et MAS en France. Pour s'assurer que les enquêtés correspondent à la population ciblée, des critères d'inclusion et d'exclusion sont mis en place.

Critères d'inclusion :

- Les ergothérapeutes titulaires d'un diplôme d'état (DE) d'ergothérapie.
- Les ergothérapeutes travaillant actuellement en FAM et en MAS en France.
- Les ergothérapeutes travaillant en lien avec d'autres professionnels externe ou interne à leur structure.

Critères d'exclusion :

- Les ergothérapeutes non titulaires d'un DE d'ergothérapie.
- Les ergothérapeutes ne travaillant pas en FAM et MAS.
- Les ergothérapeutes ayant travaillés mais ne travaillant plus en FAM et MAS.

- Les ergothérapeutes travaillant à l'étranger.
- Les ergothérapeutes travaillant seuls.

Il n'y a pas de critères d'inclusion/exclusion relatifs à l'expérience professionnelle des ergothérapeutes et au pourcentage de temps de travail car cela peut réduire fortement le nombre de réponses. Cependant deux questions seront posées pour obtenir ces informations. Cela permettra d'enrichir le croisement de données et observer si ces facteurs ont un impact sur l'identité professionnelle.

2.3.1 Sites d'exploration

Pour atteindre la population ciblée, la recherche sera effectuée dans différents sites d'exploration. Tout d'abord les FAM et MAS en France. Ceux-ci sont répertoriés sur l'annuaire d'action sociale et seront atteints à l'aide de mails. Les ergothérapeutes travaillant en FAM et MAS présents dans la liste des stages seront contactés par mails. Enfin un groupe sur un réseau social regroupe un nombre important d'ergothérapeutes travaillant dans les FAM et MAS.

2.4 Construction de l'outil de recueil de données

Cette sous partie explicite le choix de l'outil de recueil de données, l'anticipation des biais, la construction de cet outil, son test et enfin le choix des outils d'analyse de données.

2.4.1 Choix de l'outil de recueil de données

L'outil de recueil de données choisi est un questionnaire. Il sera construit à l'aide de GoogleForm®. Pour choisir cet outil, celui-ci a été comparé aux deux autres outils de recueil de données que sont l'observation et l'entretien. L'observation a été rapidement éliminée au vu du contexte sanitaire de la France au moment où l'enquête est réalisée. L'entretien téléphonique aurait permis d'obtenir les données voulues. Cependant celui-ci aurait été trop directif et aurait pris la forme d'un questionnaire oral. C'est donc le questionnaire qui a été choisi. Celui-ci permet de décrire des populations et estimer des valeurs absolues (49). Il comporte à la fois des aspects positifs et négatifs :

Avantages :

- Il garantit l'anonymat des enquêtés, cela peut favoriser le recueil de données personnelles et sincères.
- Il permet d'atteindre un public nombreux ce qui permet les traitements statistiques. Il permet aussi d'atteindre des personnes éloignées géographiquement.
- L'enquêteur étant absent, celui-ci ne biaise pas l'enquête de par sa présence.

- Le questionnaire, n'ayant pas de timing de temps de réponse, celles-ci peuvent être réfléchies.

Limites :

- Cet outil demande beaucoup de temps de préparation pour l'enquêteur.
- Le temps disponible pour répondre amène une perte de spontanéité (27).

2.4.2 Anticipation et stratégies d'atténuation des biais

Lors d'une recherche et à travers l'outil de recueil de données, des biais peuvent apparaître. Il est important de les anticiper et de mettre des stratégies d'atténuation de ceux-ci (28). Pour cette recherche en particulier, voici les biais possibles :

Tout d'abord il peut y avoir des biais méthodologiques. Ceux-ci peuvent correspondre à une mauvaise formulation des questions, à un excès de questions ouvertes et à une population enquêtée ne correspondant pas à la population cible. Ces biais peuvent entraîner un recueil d'information insuffisant ou erroné, une incompréhension des questions et une lassitude de la part des enquêtés. Pour parer à ces biais, il faudra s'assurer que le questionnaire sera bien envoyé à la population cible, prendre du temps pour préparer le questionnaire et les questions de celui-ci. Faire tester le questionnaire sera une étape primordiale. Enfin il faudra faire en sorte que le questionnaire soit rapide à répondre. Il faudra privilégier les questions fermées et les réponses courtes (28).

Deuxièmement des biais affectifs peuvent être présents. Cela correspond à une possible déformation de l'évaluation des données de la part de l'enquêteur due à son état moral et affectif. Il s'agira alors, pour l'enquêteur, de prendre conscience de son état affectif au moment de l'analyse des résultats. Ceci est d'autant plus vrai que les résultats seront analysés en période de confinement. Pour atténuer ce biais, les résultats pourront être analysés avec l'aide de la référente professionnelle (28).

Ensuite des biais de désirabilité sociale peuvent apparaître. Ceux-ci résident dans le comportement des enquêtés. Celui-ci consiste à plutôt mettre en avant le côté positif lorsque la personne est interrogée. Pour atténuer ce biais, il faudra récolter le plus possible de réponses pour ainsi multiplier les points de vue (28).

Enfin, il peut y avoir des biais de confirmation. Cela consiste à considérer davantage les résultats allant dans le sens de la confirmation de l'hypothèse. A contrario, les résultats n'allant pas dans le sens de l'hypothèse serait moins important. Pour diminuer la présence de ce biais il faudra faire attention à la formulation des questions. Il ne faut pas qu'elles soient orientées. L'étape du test permettra d'y faire attention. Puis il faudra considérer tous les résultats, faire preuve de remise en question et appliquer une distance vis-à-vis de la recherche (28).

2.4.3 Construction du questionnaire

Le questionnaire a été fait à partir de la matrice conceptuelle (Cf. Annexe 6) et d'une matrice de questionnement (Cf. Annexe 7). Celui-ci comporte 25 questions. Plus particulièrement deux questions ouvertes, six questions semi ouvertes, deux questions à choix multiples et quinze questions fermées. Ce questionnaire va permettre de recueillir des données numériques et des données textuelles.

2.4.4 Choix des outils de traitement de données

Pour analyser les données qui vont être recueillies plusieurs outils ont été choisis.

Tout d'abord pour l'analyse des données numériques, les statistiques descriptives pourront être faites avec le logiciel Excel®. Quant aux inférences statistiques, la corrélation entre les deux variables pourra être testée avec le coefficient de corrélation de Pearson, ce test sera fait avec le logiciel SPSS®. De plus, sera utilisé le test d'indépendance du Khi2 qui pourra être fait sur Excel®. Ensuite pour les données textuelles, un générateur de nuage de mots sera utilisé (50).

2.4.5 Test

Afin de vérifier la faisabilité de la recherche et de tester l'outil de recueil de donnée. Celui-ci est envoyé à une cohorte test représentative de la population cible. Après ce test, le questionnaire a gagné en simplicité et en clarté. Les questions sont plus précises. Des nouveaux éléments de réponses sont ajoutés.

2.5 Déroulé de l'enquête

Le questionnaire est envoyé au total à 498 ergothérapeutes. Le questionnaire est fermé au bout de deux semaines. 41 réponses sont obtenues, soit un taux de réponse de 8,2%.

3. Résultats

Les résultats seront présentés en deux parties. La première partie correspond aux statistiques descriptives. Cette partie permet de décrire la population, de mettre en évidence des tendances et d'observer la variabilité des individus. La seconde partie correspond aux inférences statistiques. Dans cette partie, l'objectif est de montrer ou non des liens de corrélation et la significativité de ces liens. C'est dans cette partie que l'hypothèse sera confirmée ou réfutée. Les données brutes sont disponibles en annexe (Cf. Annexe 8).

3.1 Statistiques descriptives

Description de la population :

Les questions 21 à 26 sont des questions de types sociaux-professionnelles. Ces questions permettent de décrire la population ayant répondu au questionnaire. Tout d'abord, sur les 41 personnes ayant répondues, 40 sont des femmes et une personne ne souhaite pas préciser son sexe. Ensuite, en ce qui concerne l'âge de la population, la moyenne d'âge est de 31 ans. La médiane est moins impactée par les extrêmes et dans ce cas elle est de 28 ans. La personne la plus jeune a 22 ans et la plus âgée a 62 ans.

Au niveau de l'expérience professionnelle de la population, deux questions sont posées pour obtenir deux données différentes. Dans un premier temps, la date d'obtention du diplôme qui va donner un ordre d'idée sur l'expérience professionnelle des ergothérapeutes. Dans un second temps, l'expérience de travail au sein de leur structure actuelle.

Le diagramme circulaire suivant illustre l'expérience professionnelle de la population.

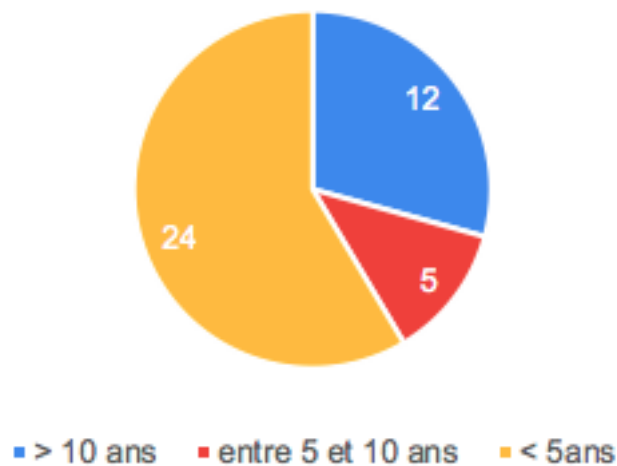


Figure 4 : Expérience professionnelle des ergothérapeutes

Nous pouvons voir que douze personnes ont plus de 10 ans d'expérience, cinq personnes ont entre 5 et 10 ans d'expérience et vingt-quatre personnes ont moins de 5 ans d'expérience. Cela représente une expérience professionnelle de 8 ans en moyenne. La médiane quant à elle est de 3 ans d'expérience. La personne la plus expérimentée a 41 années d'expérience professionnelle, la moins expérimentée a moins d'un an d'expérience.

En ce qui concerne leur expérience dans leur structure actuelle, la population a en moyenne 4 ans d'expérience dans la structure. Cependant la médiane indique 1 an et demi d'expérience. La personne la plus expérimentée a plus de 29 ans d'expérience dans sa structure, la moins expérimentée travaille dans sa structure depuis deux mois.

On peut voir que la population est assez jeune avec la moitié des répondants ayant au plus 28 ans. De plus, la population est peu expérimentée en FAM et MAS avec la moitié des répondants ayant au plus 1 an et demi d'expérience.

En ce qui concerne le pourcentage de temps de travail des ergothérapeutes interrogés, vingt-deux personnes travaillent à 100% dans leurs structures, treize personnes ont un temps de travail compris entre 50% exclus et 100% exclus et six personnes travaillent à 50% ou moins.

Enfin en ce qui concerne le type de structure représenté dans la population, en voici la répartition :

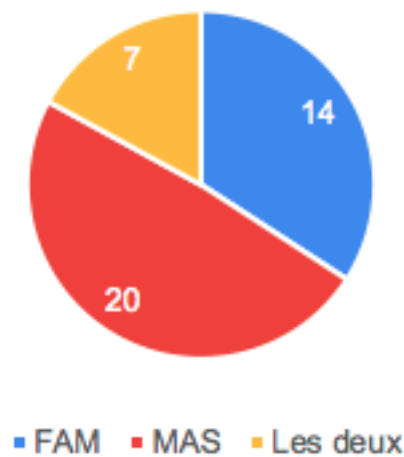


Figure 5 : Répartition des ergothérapeutes dans les différentes structures

Vingt ergothérapeutes travaillent dans une MAS, quatorze travaillent dans un FAM et sept personnes travaillent sur les deux structures.

Identité professionnelle :

Les questions 9 à 20 permettent d'obtenir des informations sur l'identité professionnelle des ergothérapeutes en FAM et MAS.

Tout d'abord, deux questions demandaient aux ergothérapeutes de définir leur profession dans leur structure selon deux dimensions : le moi, c'est-à-dire leur définition et le nous, c'est-à-dire la définition des autres professionnels. A la question : « *Comment définissez-vous votre profession dans votre structure ?* » les ergothérapeutes ont répondu :

comme **réparations**, **bricoleuse** ou encore **Mcgyver**. Cet aspect de l'ergothérapie semble plus visible pour les autres professionnels. Cela n'exclut pas pour autant l'aspect réadaptation et le contact avec les résidents. En effet le mot **résident** apparaît 15 fois, **quotidien** (10 fois), **autonomie** (9 fois) et **maintien et activités** (6 fois).

Ensuite il est demandé aux ergothérapeutes d'identifier l'origine de leur légitimité, pour trois personnes cela vient du statut d'ergothérapeute, pour 5 personnes cela vient des actes et pour 33 personnes cela vient des deux (Cf. Annexe 9).

Enfin, neuf questions sont posées dans le but de définir dans quelles modalités d'identités professionnelles se situent les ergothérapeutes en FAM et MAS. Ces modalités sont définies à partir de neuf critères différents (Cf. Annexe 10). Ainsi chaque personne obtient un score pour chacun des neuf critères, le score total permet de placer la personne dans une des six identités professionnelles. Voici les résultats :

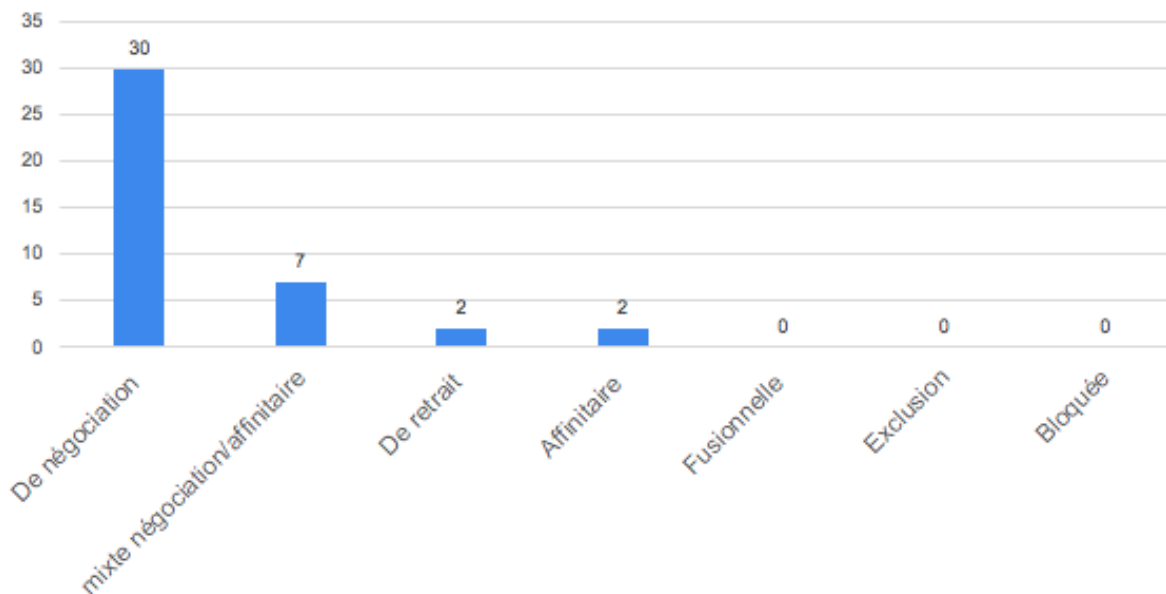


Figure 8 : Types d'identités professionnelles présentes dans la population étudiée

Nous pouvons voir que sur six types d'identités différentes, la moitié seulement sont représentées dans la population. En effet, il y a 30 ergothérapeutes qui ont une identité professionnelle de type négociatrice, sept ergothérapeutes ont une identité professionnelle étant un mixte entre le type négociation et le type affinitaire. Deux ergothérapeutes sont de type en retrait et deux ergothérapeutes sont de type affinitaire.

Modalités de coopération :

Pour finir, les questions 2 à 8 sont posées dans le but de définir dans quelles modalités de coopération se trouve la population étudiée. Ces questions portaient notamment sur la mise en place d'objectifs, l'échange d'informations, la gestion de problématiques et encore les frontières entre les professions. En fonction des réponses, des points sont attribués dans chaque modalités. Ainsi la personne se place dans la modalité pour laquelle elle a obtenu le plus de point. Si elle obtient un nombre de point identique pour deux modalités, elle se place dans une modalité mixte. Voici ce que les réponses à ces questions apportent :

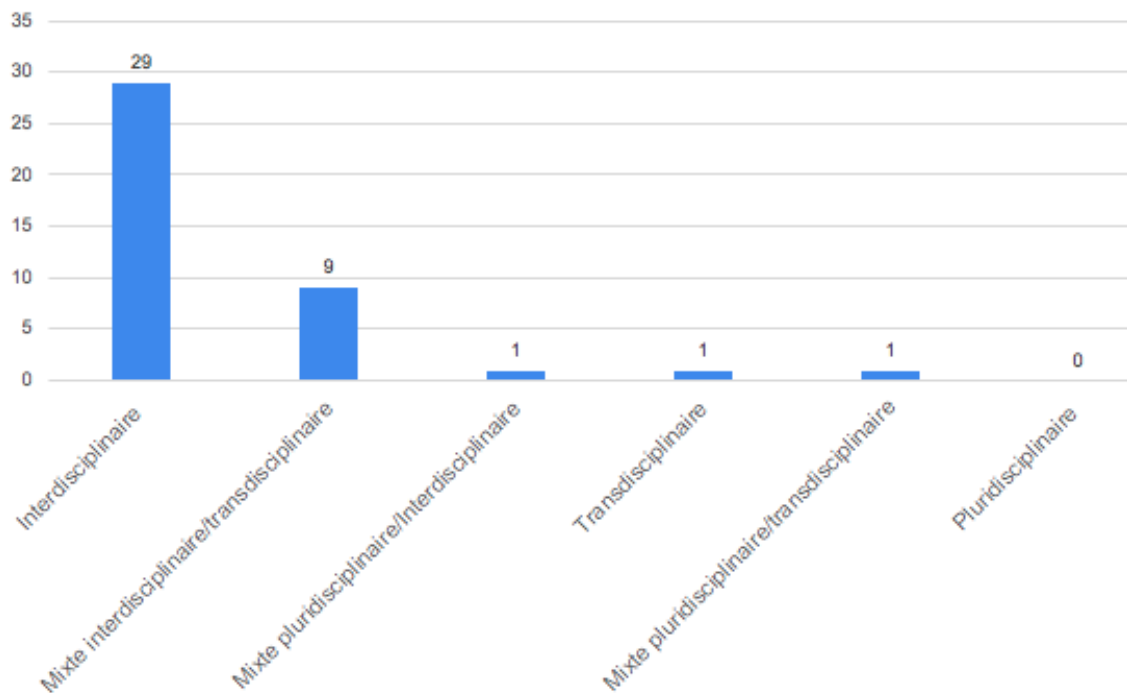


Figure 9 : Modalités de coopération dans les FAM et MAS

Ainsi d'après les réponses, la majorité des personnes se placent dans leurs pratiques quotidiennes dans une modalité de coopération de type interdisciplinaire. Pour neuf personnes il s'agit plutôt d'une modalité mixte entre l'interdisciplinaire et le transdisciplinaire. Une personne dans une modalité mixte entre l'interdisciplinaire et le pluridisciplinaire. Enfin une personne se trouve dans la modalité de coopération transdisciplinaire et une personne se situe dans un mixte entre les modalités transdisciplinaire et pluridisciplinaire.

3.2 Statistiques inférentielles

Dans cette partie seront faites des statistiques dites inférentielles. Celles-ci permettent de vérifier des liens, d'affirmer ou de réfuter des hypothèses. Pour cela voici un rappel des hypothèses formulées :

Hypothèse générale H1 : La modalité de coopération entre les professionnels des FAM et MAS influence l'identité professionnelle des ergothérapeutes.

H01 : La modalité de coopération entre les professionnels des FAM et MAS n'influence pas l'identité professionnelle des ergothérapeutes.

H1 opérationnalisée : Au plus la modalité de coopération permet des échanges entre les professionnels (interdisciplinaire et transdisciplinaire) au plus les identités de types, négociation et affinitaire, sont présentes.

A partir des statistiques descriptives il est apparu que la population est relativement jeune et avec peu d'expérience dans les structures telles que les FAM et MAS. Cela amène à la formulation de deux nouvelles hypothèses secondaires :

Hypothèse secondaire H2 : il existe un lien de corrélation entre l'âge des ergothérapeutes et leurs identités professionnelles.

H02 : il n'existe pas de lien de corrélation entre l'âge des ergothérapeutes et leur identité professionnelle.

H2 opérationnalisée : plus les ergothérapeutes sont jeunes plus les identités professionnelles de type, négociation et affinitaire, sont présentes.

Hypothèse secondaire H3 : il existe un lien de corrélation entre l'expérience professionnelle dans la structure et l'identité professionnelle des ergothérapeutes.

H03 : il n'existe pas de lien de corrélation entre l'expérience professionnelle dans la structure et l'identité professionnelle des ergothérapeutes.

H3 opérationnalisée : au moins les ergothérapeutes sont expérimentés au plus les identités professionnelles de type, négociation et affinitaire, sont présentes.

Afin d'affirmer ou de réfuter ces hypothèses, deux tests statistiques seront utilisés : le test de corrélation de Spearman et le test du khi2.

3.2.1 Explication des tests

Le coefficient de corrélation de Spearman :

Ce test a pour but de vérifier une corrélation entre deux variables. Cette corrélation est exprimée avec un coefficient nommé ρ (rho). Ce coefficient prend une valeur entre -1 et 1. Si cette valeur est égale à 0, il n'y a pas de corrélation. Si cette valeur est négative, la corrélation est dite négative, au contraire si rho est positif, la corrélation est positive. Plus le coefficient est proche des extrêmes -1 et 1, plus la corrélation est « parfaite » (50). Nous pouvons ainsi établir des intervalles :

- $-1 \leq \rho \leq -0,7$: c'est une corrélation forte négative
- $-0,7 < \rho \leq -0,5$: c'est une corrélation moyenne négative
- $-0,5 < \rho < 0,5$: c'est une corrélation nulle négative ou positive
- $0,5 \leq \rho < 0,7$: c'est une corrélation moyenne positive
- $0,7 \leq \rho \leq 1$: c'est une corrélation fort positive

Afin d'obtenir la valeur de ρ , les données des variables seront mises en rang. Ainsi chaque personne aura un rang pour chacune des variables. C'est la variation de ce rang qui permet de déterminer ou non une corrélation. Le calcul de ρ se fait en quatre étapes. Ici il sera fait à l'aide du logiciel SPSS®. Le logiciel déterminera en plus de ρ , une valeur dite critique « p ». Si c'est valeur critique p est inférieur à α ($\alpha = 0,05$ pour les sciences humaines) alors la corrélation sera significative (50).

Le test du Khi2 :

Ce test permet de mettre en évidence ou non une relation statistiquement significative entre deux variables. Quatre étapes sont nécessaires pour établir une valeur : la valeur du Khi2. Ces étapes seront réalisées sur Excel.

La valeur du Khi2 obtenue sera comparée à une valeur critique du Khi2. La valeur critique sera trouvée sur une table du Khi2 (disponible sur internet) (Cf. Annexe 14). La valeur critique choisie se trouve à l'intersection entre la marge d'erreur choisie (5% pour les sciences humaines) et le degré de liberté des variables (nombres de lignes -1 x nombres de colonnes -1) (50).

Si la valeur du Khi2 est inférieure à la valeur critique, les variables sont indépendantes.

Au contraire si la valeur du Khi2 est supérieure à la valeur critique, les variables ont une relation statistiquement significative à 95% (50).

3.2.2 Applications aux hypothèses

Hypothèse générale H1 :

Ici la valeur de ρ est de 0,259 avec $p = 0,103 > \alpha$. Ceci indique une corrélation faible positive mais non significative (Cf. Annexe 11).

Cela signifie qu'un individu coopérant avec des modalités de transdisciplinarité ou d'interdisciplinarité aura plus de chance de présenter des identités professionnelles de types « fusionnelle », « de négociation » et « affinitaire ».

Le test du Khi2 montre une relation statistique entre les variables « modalités de coopération » et « identités professionnelles » significative à 95% (Cf. Annexe 12).

L'hypothèse générale est donc affirmée en partie avec le test du Khi2. Cependant la non-significativité du coefficient de corrélation de Spearman ne permet pas d'affirmer l'hypothèse générale en totalité.

Hypothèse secondaire H2 :

Pour cette hypothèse, la valeur de rho est de 0,114 avec $p = 0,477 > \alpha$. Il existe une très faible corrélation positive entre ces deux variables mais non significative (Cf. Annexe 11).

Ceci peut se traduire ainsi : Plus un individu est jeune plus il aura de chance de présenter des identités professionnelles de types « fusionnelle », « de négociation » et « affinitaire ».

Ici le test du Khi2 montre qu'il existe une relation statistique entre les variables « âge des ergothérapeutes » et « identités professionnelles » significative à 95% (Cf. Annexe 13).

De la même manière que l'hypothèse générale, H2 est donc affirmée en partie avec le test du Khi2. Cependant la non-significativité du coefficient de corrélation de Spearman ne permet pas d'affirmer H2 en totalité.

Hypothèse secondaire H3 :

Ici rho est de 0,262 avec $p = 0,98 > \alpha$. Il existe une faible corrélation positive non significative entre ces deux variables (Cf. Annexe 11).

Cela signifie qu'un individu ayant peu d'expérience dans la structure a plus de chance de présenter des identités professionnelles de types « fusionnelle », « de négociation » et « affinitaire ».

Pour le test du Khi2, celui-ci montre qu'il existe une relation statistique entre les variables « expérience des ergothérapeutes dans la structure » et « Ip » significative à 99% (Cf. Annexe 14).

Une fois de plus, H3 est donc affirmée en partie avec le test du Khi2. Cependant la non-significativité du coefficient de corrélation de Spearman ne permet pas d'affirmer H3 en totalité.

4. Discussion

Dans cette partie il sera question d'une discussion sur la recherche effectuée. Cela passera par l'interprétation des résultats ainsi que les éléments de réponses pouvant en être tirés. Une critique du dispositif de recherche sera faite. Ensuite la transférabilité dans la pratique professionnelle des éléments de la recherche sera discutée. Enfin pour conclure une ouverture sur une nouvelle recherche sera réfléchie.

4.1 Interprétation des résultats et éléments de réponses à l'objet de recherche

Pour rappel, la revue de littérature mettait en exergue que les actes des ergothérapeutes en FAM et MAS étaient limités à une partie minime du référentiel d'activités des ergothérapeutes. Cependant, la revue de littérature concernait la pratique en Angleterre, cela amenait donc à se questionner sur la pratique en France. C'est donc à travers l'enquête exploratoire que ce questionnement c'est fait. Les résultats de l'enquête exploratoire allaient dans le sens de la revue de littérature concernant les actes réalisés. De plus, l'enquête exploratoire mettait en avant le besoin des ergothérapeutes de travailler en équipe. Ainsi un questionnement c'est fait sur l'identité des ergothérapeutes et le lien avec le travail d'équipe. A travers le cadre conceptuel, le questionnement s'est précisé sur l'identité professionnelle et la coopération. Ceci aboutissant sur l'objet de recherche suivant :

L'influence des différentes modalités de coopération sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en FAM/MAS.

A partir de cet objet de recherche l'hypothèse générale a été formulée et opérationnalisée :

Au plus la modalité de coopération permet des échanges entre les professionnels (interdisciplinaire et transdisciplinaire) au plus les identités de types, négociation et affinitaire, sont présentes.

Les résultats de l'enquête montrent que sur 41 réponses, 29 personnes se trouvent dans une démarche de coopération interdisciplinaire. Ainsi l'interdisciplinarité semble être courante dans les structures médico-sociales comme les FAM et les MAS. Cette interdisciplinarité se retrouve dans la mise en place d'objectifs pour les résidents, la gestion des problématiques ou encore l'échange d'informations entre les professionnels. Cette interdisciplinarité est synonyme de partage, d'équité, de relation de confiance et de décisions communes.

Ensuite, d'après les résultats, 30 personnes de la population se situent dans une identité professionnelle de type « de négociation ». De plus, pour sept personnes l'identité professionnelle est un mixte entre la modalité « de négociation » et « affinitaire ». Cela

représente au total $\frac{3}{4}$ de la population. Ces deux types d'identités sont majoritaires en FAM et MAS. Ces deux identités professionnelles sont synonymes de nombreux échanges entre les professionnels, d'une reconnaissance des qualités et des compétences, d'un environnement de travail stimulant et d'une volonté de faire évoluer sa profession.

Au vu de la description de l'interdisciplinarité et des deux identités professionnelles, il semble logique que la présence en majorité d'une, amène la présence en majorité de l'autre. D'autant plus que ce lien logique est vérifié statistiquement. En effet le test du Khi2 a montré que la relation entre ces deux variables est statistiquement significative à 95%. De plus une corrélation faible positive avec $\rho = 0,259$ a été montrée avec le test de Spearman. C'est une corrélation certes faible et non significative car $p = 0,103 > \alpha$ mais nous pouvons supposer qu'un plus grand nombre de réponses aurait pu faire tendre cette corrélation vers une valeur plus importante et significative.

Il semble alors qu'un environnement de travail où les professionnels coopèrent dans une modalité d'interdisciplinarité, c'est-à-dire qui permet le partage, l'équité, les relations de confiance ou la prise de décisions communes, constitue un environnement stimulant. De plus celui-ci serait propice à la présence d'identités professionnelles reconnues, ouvertes aux échanges et dotées d'une volonté d'évolution. Ainsi dans les FAM et les MAS où l'interdisciplinarité est présente, les ergothérapeutes seraient stimulés par l'environnement, propices aux échanges, reconnus et déterminés à faire évoluer la profession.

Au cours des analyses des résultats, il est apparu le constat que la population était relativement jeune, avec une médiane d'âge de 28 ans. Ce qui signifie qu'au moins la moitié de la population a moins de 28 ans. Une hypothèse secondaire a été donc formulée et opérationnalisée : Plus les ergothérapeutes sont jeunes plus les identités professionnelles de type, négociation et affinitaire, sont présentes.

Cette hypothèse a été testée. Ainsi, le test du khi2 permet d'affirmer qu'il existe une relation statistiquement significative à 95%. De plus il existe une faible corrélation non significative ($\rho = 0,114$ avec $p = 0,477 > \alpha$) entre l'âge et l'identité professionnelle.

Parallèlement à ce premier constat sur l'âge de la population, un deuxième a été fait sur l'expérience professionnelle de la population. En effet les ergothérapeutes ayant répondu au

questionnaire sont majoritairement peu expérimentés. Cela semble logique qu'il y ait un lien entre l'âge et l'expérience professionnelle.

Par conséquent une deuxième hypothèse secondaire a été formulée :

Au moins les ergothérapeutes sont expérimentés au plus les identités professionnelles de type, négociation et affinitaire, sont présentes.

Ainsi une relation statistique entre l'expérience professionnelle et l'identité professionnelle significative à 99% a été mise en évidence par le test du Khi2. De plus une faible corrélation ($\rho = 0,262$) mais non significative ($p = 0,98 > \alpha$) a été calculé.

Il apparaît alors que plus les personnes sont jeunes, et donc peu expérimentées, plus elles présentent des identités professionnelles de types « de négociation » et « affinitaire ». Ainsi un jeune ergothérapeute débutant dans sa pratique aura plus de chance d'avoir une identité professionnelle ouverte aux échanges, d'être stimulé par son environnement, de se sentir reconnu et ayant la volonté de faire évoluer sa profession.

En extrapolant le concept d'identité professionnelle aux autres professions présentes dans les FAM et MAS, il semblerait qu'une équipe constituée de jeunes professionnels débutant dans leurs pratiques serait plus propices à développer des identités professionnelles favorisant l'échange, la reconnaissance et l'évolution des pratiques.

Ainsi un questionnement peut être fait. Nous pouvons nous demander si c'est la présence dans une équipe de plusieurs identités professionnelles de types « affinitaire » et de « négociation » permet de créer une coopération interdisciplinaire ? Nous pouvons aussi nous questionner sur l'impact du temps sur ces identités professionnelles ? Quelles seraient les raisons d'un changement d'identité professionnelle ou du passage d'un fonctionnement interdisciplinaire à un fonctionnement pluridisciplinaire ?

4.2 Critiques du dispositif de recherche

De nombreux résultats rendent le dispositif de recherche discutable et critiquable.

Pour commencer le faible nombre de réponses au questionnaire. En effet seulement 41 réponses ont été obtenues sur près de 500 possibles. Il aurait fallu obtenir d'avantage d'e-mails pour distribuer le questionnaire à un plus grand nombre de personnes. La stratégie de diffusion et de communication n'était peut-être pas assez efficace.

Ensuite, il est vrai et nous le savons que la population d'ergothérapeute en France est composée à 87% de femmes. Nous nous attendions donc à ce qu'il y ait une majorité de femmes dans les

réponses. Or il est regrettable de ne pas avoir eu de réponses venant d'homme. Il aurait été intéressant d'observer les possibles différences d'identités professionnelles entre les deux sexes. Cependant la variable sexe est invoquée, il n'est donc pas possible d'anticiper celle-ci et de faire en sorte d'obtenir plus d'homme.

De plus concernant la population, nous avons vu à travers les résultats que celle-ci est assez jeune et peu expérimentée. Cela pourrait s'expliquer par l'outil de diffusion du questionnaire. En effet celui-ci a été diffusé sur un groupe dans un réseau social. Ce groupe est peut-être plus fréquenté par une population jeune. Cette jeunesse et le manque d'expérience peut être synonyme d'un manque de recul dans la pratique et peut donc biaiser les résultats. De plus lorsque l'on est jeune diplômé et qu'on obtient un premier travail, il est courant de voir les choses de manières positives.

En ce qui concerne les variables, nous avons observé que la moitié des modalités de l'identité professionnelle sont représentés dans la population. Cette faible variabilité dans la population pourrait s'expliquer par des théories non observables dans le domaine de la santé ou trop anciennes. En effet les auteurs étudiés pour les identités professionnelles ont écrit dans les années 80 et se sont basés sur le monde ouvrier et de l'entreprise. Le choix de ces ressources s'est fait car il s'agit d'auteurs reconnus et leurs textes sont facilement accessibles. De plus le questionnaire pourrait ne pas être assez discriminant. Concernant la coopération, là aussi la majorité des personnes se trouvait dans la modalité interdisciplinaire, de la même manière, le questionnaire pourrait ne pas être assez discriminant. Il aurait été intéressant d'augmenter le nombre de question afin d'obtenir la modalité de coopération sur plus d'actes de la pratique courantes.

Pour continuer, des biais ont surement été rencontrés. Pour commencer des biais méthodologiques. En effet il est remonté que la question « Ressentez-vous un désengagement dans votre profession ? » n'a pas toujours été comprises et a été interprété de deux manières différentes. Ensuite des biais de désirabilité sociale, en effet certaines questions concernaient la reconnaissance professionnelle ou encore le pouvoir d'action. Le fait d'être interrogé aurait pu inciter les personnes à positiver la réalité. Enfin l'outil de recueil de données, le questionnaire est un biais en lui-même car il ne s'agit que de déclaration et cela peut ne pas refléter la réalité.

4.3 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Ce travail a créé de nouveaux savoirs en ce qui concerne le concept d'identité professionnelle et a enrichi les connaissances sur la coopération. Ces concepts seront utilisables pour le chercheur dans la pratique professionnelle. En effet il pourra adapter sa pratique et être vigilant aux enjeux des relations professionnelles.

Ensuite cette recherche a permis de faire un état des lieux des modalités de coopération dans les FAM et MAS, ainsi qu'un état des lieux sur les identités professionnelles présentes dans ces structures. Nous espérons que cette recherche éveille l'intérêt de faire de nouveaux états des lieux dans d'autres structures. En effet il aurait été intéressant d'ouvrir la recherche aux EPHAD¹³ car les ergothérapeutes dans ces structures font aussi face à des problématiques identitaires. De plus, cela aurait permis d'obtenir plus de réponses.

Nous espérons que cette recherche et ses résultats pourront créer de nouveaux savoirs pour les lecteurs, qu'elle suscitera un intérêt pour la recherche et notamment la recherche en ergothérapie. De plus, nous espérons qu'elle éveillera la curiosité des lecteurs à découvrir l'ergothérapie au sein des FAM et MAS. Enfin nous espérons humblement que cette recherche aidera à développer la promotion de l'ergothérapie et la mise en avant de ses spécificités.

Cependant les résultats de la recherche présentent de nombreuses limites :

- Le faible nombre de réponse. En effet 41 réponses ne permettent pas de généraliser les résultats et en font une faible preuve.
- Les tests de corrélation de Spearman n'ont pas été significatifs à 95% comme demandé dans les sciences médicales.
- Du fait d'un faible nombre de réponses, d'un questionnaire pas assez discriminant ou de concepts trop anciens, peu de variabilité a été observée dans la population.
- Le questionnaire permet de recueillir des informations basées seulement sur des déclarations.
- La présence de biais n'a pas pu être évitée.
- Le timing de la recherche a limité le temps de disponibilité du questionnaire. Une troisième relance aurait permis d'obtenir plus de réponses.
- Le contexte sanitaire en France dû à la pandémie de Coronavirus a pu mettre au second plan l'intérêt des ergothérapeutes à répondre au questionnaire.
- Les concepts de coopération et d'identité professionnelle sont intéressants à étudier mais restent très théoriques. La réalité du terrain n'a pas pu être vraiment prise en compte. En effet des réalités de pratique et les besoins des résidents en FAM et MAS mettent souvent la coopération et l'identité de l'ergothérapeute au second plan.

¹³ EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

4.4 Propositions et transférabilité des résultats dans la pratique professionnelle

Cette recherche a permis au chercheur d'obtenir une meilleure connaissance de l'ergothérapie et ainsi définir ce qu'il aimerait faire dans sa pratique, dans « son ergothérapie ».

L'apprentissage du concept d'identité professionnelle a joué un rôle dans le processus de construction de la posture professionnelle. En effet ce concept a pu être croisé, en parallèle de ce travail, à des concepts tels que les valeurs professionnelles et personnelles. Le chercheur a donc pu définir son identité professionnelle.

La connaissance des concepts d'identité professionnelle et de coopération pourront être un atout pour le développement de la pratique professionnelle et le champ d'activité. Ils pourront être mis en avant lors de postulation et ainsi être engagé en tant qu'ergothérapeute dans sa globalité. De plus à travers la recherche, nous avons pu voir que la jeunesse et le manque d'expérience ne devraient pas être un obstacle pour obtenir un poste en FAM ou en MAS.

Ensuite, ce travail a aidé à se rendre compte de l'importance de la communication et de la coopération avec les autres professionnels. L'échange sur les actes réalisés, la mise en place d'objectifs en commun ainsi que le partage de représentations en professions mettent en marche un système gagnant-gagnant. En effet cela permet à chaque profession de mettre en avant et d'expliquer les actes réalisés, ainsi chacun expose son identité professionnelle. L'objectif étant que l'image que les autres professionnels ont de sa profession (autrui) tende au maximum vers l'image qu'on a de sa profession (le moi). Il s'agira donc dans la future pratique d'utiliser la coopération comme un outil de promotion de l'ergothérapie.

Des affiches présentant l'ergothérapie pourront être mise en place, des exposés aux équipes pourront être fait pour mieux expliquer l'ergothérapie. L'échange d'informations devra être précis, professionnel et compréhensible pour tout le monde. Lors des réunions pluriprofessionnelles, la prise de parole sera essentielle. Les actes réalisés et les objectifs en ergothérapie devront être expliqués.

4.5 Perspectives de recherches

Cette recherche et ses résultats laissent sans réponse de nombreuses questions et ouvrent la porte à de nombreuses possibilités de recherches.

Tout d'abord nous pouvons nous demander : le problème identitaire de l'ergothérapeute est-il présent dans tous les domaines de l'ergothérapie ?

En effet la recherche part d'un constat, celui que les actes réalisés par l'ergothérapeute correspondent à une faible partie de la palette de l'ergothérapeute. Ceci amenant à un

questionnement sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Ce constat est fait en FAM et MAS, la recherche se concentre donc sur la population d'ergothérapeute travaillant en FAM et MAS. Cette population représente une faible part de la population d'ergothérapeutes en France. Il pourrait être intéressant via une méthode mixte, qui dans un premier temps serait clinique, d'observer ou pas ce constat dans d'autres structures et domaines de l'ergothérapie. Dans un second temps si ce constat est avéré, une méthode différentielle pourrait observer des différences entre les domaines et ainsi affirmer ou infirmer l'hypothèse d'un lien entre le domaine d'exercice de l'ergothérapeute et l'identité professionnelle de l'ergothérapeute.

Ensuite, nous pouvons nous demander : Quelles sont les différentes identités professionnelles présentes dans le monde de la santé ? dans le monde du paramédical ? ou dans le monde de l'ergothérapie ?

En effet nous avons fait ressortir comme critique de la recherche que les modalités de l'identité professionnelle choisies pourraient ne pas correspondre à la population ciblée. Il serait intéressant via une méthode clinique d'observer un ensemble de comportements, croyances, attitudes, actes et représentations. Ceci pourrait être ensuite théorisé pour définir de nouvelles identités professionnelles mises à jour et adaptées au monde de la santé et au monde de l'ergothérapie.

Enfin, nous avons vu à travers le cadre conceptuel que l'identité est un processus qui se construit et évolue tout le long de la vie. De plus nous savons que la population de la recherche est une population encore jeune. Nous pouvons nous demander : quelles seraient les identités professionnelles de cette population dans dix ans ou dans vingt ans ? Comment celles-ci évolueraient ?

Ainsi à travers une méthode différentielle longitudinale, il pourrait être intéressant de se rendre compte de l'évolution de l'identité professionnelle dans le temps. De plus des différences pourront être observées entre la population à différents temps et ainsi affirmer ou réfuter l'hypothèse d'une corrélation significative entre l'âge et l'identité professionnelle.

Bibliographie

1. ADERE. ADERE-PARIS. [Online].; 2015 [cited 2019 Aout 20. Available from: http://www.adere-paris.fr/PDF/ERGO%20fiche%20de%20poste_MALTE.pdf.
2. Ministère du travail dlsedlfpmldlseds. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. 2010..
3. ServicePublic. Service public. [Online].; 2018 [cited 2019 août 20. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2006>.
4. ServicePublic. Service public. [Online].; 2018 [cited 2019 août 20. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15255>.
5. ActionSociale. Annuaire action-sociale. [Online]. [cited 2019 août 20. Available from: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes.html>.
6. OMS. Ergopsy. [Online]. [cited 2019 août 20. Available from: <http://www.ergopsy.com/definition-de-l-oms-a691.html>.
7. ANFE. ANFE. [Online].; 2019 [cited 2019 août 20. Available from: <https://www.anfe.fr/demographie>.
8. ANFE. ANFE. [Online].; 2017 [cited 2019 août 20. Available from: https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/ANFE_Dossier%20professionnel_nel_L'ergotherapie%20aujourd'hui%20en%20France_Mars%202017.pdf.
9. Larousse. Larousse. [Online]. [cited 2019 août 20. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/promouvoir/64305#difficulte>.
- 10 L'internaute. L'internaute. [Online]. [cited 2019 août 20. Available from: <http://www.linternaute.fr/expression/langue-francaise/4773/champ-d-action/>.
- 11 Figaro L. Le figaro. [Online]. [cited 2019 août 20. Available from: <https://sante.lefigaro.fr/social/personnes-handicapees/foyers-daccueil-medicalises/quel-financement>.
- 12 Safon MO. IRDES. [Online].; 2018 [cited 2019 août 20. Available from: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-forfait-hospitalier-en-france.pdf>.
- 13 CNSA. Analyse des comptes administratifs 2016 [Document pdf].; 2018.
- 14 Makdessi Y. DREES Solidarité Santé. [Online].; 2012 [cited 2019 août 20. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud123.pdf>.
- 15 Safon MO. IRDES. [Online].; 2019 [cited 2019 août 20. Available from: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/projet-de-loi-relatif-a-l-organisation-et-a-la-transformation-du-systeme-de-sante.pdf>.

- 16 Qualisocial. Qualisocial. [Online].; 2016 [cited 2019 août 20. Available from: <https://www.qualisocial.com/les-chiffres-cles-a-retenir-de-letude-sur-les-rps-de-lassurance-maladie/>.
- 17 Trouvé E. Rapport sur les évolutions de la pratique en ergothérapie pour l'adaptation de la formation aux enjeux professionnels. Paris: ANFE; 2014.
- 18 Loire APdl. ARS Pays de la Loire. [Online].; 2019 [cited 2019 août 20. Available from: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/la-contractualisation-avec-le-secteur-medico-social-personnes-handicapees>.
- 19 ARS. ARS PACA. [Online].; 2019 [cited 2020 janvier 3. Available from: <https://www.paca.ars.sante.fr/sante-au-travail-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-signature-dune-convention-de>.
- 20 Laurent F. Les missions des établissement médicosociaux. La revue de l'infirmière. 2013 Décembre;(196).
- 21 Gaussorgues S. Exercer dans une maison d'accueil spécialisée. L'aide-soignante. 2013 Août-Septembre;(149).
- 22 J.Lecerf , H.Chantepie , M.Desintebin , J.Dufosse , S.Sautet. Projet de vie individualisé en foyer d'accueil médicalisé (FAM). Journal de réadaptation médicale. 2008 Juillet; 28(2).
- 23 M.Gedda , P.Guillez. Ergothérapie et Kinésithérapie : des complémentarités en évolution. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation. 2009.
- 24 CM.Sackley , JC.Atkinson , MF.Walker. Occupational Therapy in Nursing and Residential Care Settings: a Description of a Randomised Controlled Trial Intervention. British Journal of Occupational Therapy. 2004 Mars; 67(3).
- 25 J.Fletcher-Smith , A.Drummond , C.Sackley , A.Moody , M.Walker. Occupational therapy for care home residents with stroke: what is routine national practice? British Journal of Occupational Therapy. 2014 Mai; 77(5).
- 26 J.Schneider , S.Duggan LC, CG.Mozley , C.Hart. Costs of occupational therapy in residential homes and its impact on service use. Aging & Mental Health. 2007 Janvier; 11(1).
- 27 Vilatte JC. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. Université d'Avignon, Laboratoire Culture & Communication; 2007.
- 28 CEDIP. Le site du CEDIP. [Online].; 2014 [cited 2020 avril 30. Available from: <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matière-de-a1113.html>.
- 29 CNRTL. CNRTL. [Online]. [cited 2020 Février 25. Available from: <https://www.cnrtl.fr/definition/travail>.

- 30 CNRTL. CNRTL. [Online]. [cited 2020 Février 25. Available from: <https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9quipe>.
- 31 Mellier D. La vie psychique des équipes Malakoff: Dunod; 2018.
- 32 Fustier P. Le travail d'équipe en institution Paris: Dunod; 2004.
- 33 Mucchielli R. Le travail en équipe Paris: ESF; 2007.
- 34 Le boterf G. Construire les compétences collectives Paris: Eyrolles; 2018.
- 35 Couchaère MJ. Travailler en équipe Paris : Ellipses; 2002.
- 36 CNRTL. CNRTL. [Online]. [cited 2020 mars 9. Available from: <https://www.cnrtl.fr/definition/identit%C3%A9>.
- 37 Baechler J. Le concept d'identité. Commentaire. 2011 Janvier: p. 87-96.
- 38 Dorais LJ. La construction de l'identité. In Deshaies D, Vincent D. Discours et construction identitaires. Laval: Les presses de l'université Laval; 2004.
- 39 Dubar C. La socialisation Paris: Armand Colin; 2015.
- 40 Fray AM, Picouleau S. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. Management et avenir. 2010 Aout; 38.
- 41 Bolliet D, Schmitt JP. La socialisation Rosny-sous-bois: Bréal; 2008.
- 42 Grainger M. La socialisation. In Formarier M, Jovic L. Les concepts en sciences infirmières. Toulouse: ARSI; 2012.
- 43 Gentili F. Comment définir l'identité professionnelle ? In Gentili F. La rééducation contre l'école, tout contre. L'identité professionnelle des rééducateurs en question. Toulouse: ERES; 2005.
- 44 Ion j. Le travail social à l'épreuve du territoire Paris: Dunod; 1996.
- 45 Doray P. Compte rendu de [Claude Dubar, La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, Paris, Armand Colin, 1991, 278 p.]. Cahiers de recherche sociologique. 1992;: p. 308-311.
- 46 Sainsaulieu R. L'identité au travail Paris: Presses de sciences Po; 2014.
- 47 MSMQ. Mouvement santé mentale quebec. [Online].; 2014 [cited 2020 Mars 30. Available from: https://www.mouvementsmq.ca/sites/default/files/identite_complet_msmq.pdf.
- 48 Dubar C. La crises des identités. 2nd ed. Paris : PUF; 2001.

- 49 Eymard C, Thuilier O, Vial M. LE TRAVAIL DE FIN D'ETUDE : S'INITIER A LA RECHERCHE EN SOINS ET SANTE ? 1st ed. Rueil Malmaison: Lamarre; 2004.
- 50 Haccoun R, Cousineau D. Statistiques : Concepts et applications Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2007.

Sommaire des annexes

Annexe 1: Tableau de recherche de la revue de littérature.....	53
Annexe 2 : Tableau de synthèse des articles de la revue de littérature	53
Annexe 3: Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire	54
Annexe 4: Questionnaire et données brutes de l'enquête exploratoire	55
Annexe 5 : Moyenne de chaque acte ergothérapique	66
Annexe 6 : Matrice conceptuelle	67
Annexe 7 : Matrice de questionnement de l'enquête de recherche	69
Annexe 8 : Questionnaire de la recherche et données brutes	71
Annexe 9 : Source de la légitimité des ergothérapeutes en FAM et MAS.....	84
Annexe 10 : Moyenne de la population pour les neuf critères de l'identité professionnelle ..	85
Annexe 11 : Tableau de corrélation de Spearman	86
Annexe 12 : Étapes du Khi2 pour H1	87
Annexe 13 : Étapes du Khi2 pour H2.....	88
Annexe 14 : Étapes du Khi3 pour H3.....	88
Annexe 15 : Table du Khi2	89

Annexe 1: Tableau de recherche de la revue de littérature

Total à partir des mots clefs	Bases de données	Mots clefs	Articles qui ressortent	Articles retenus
	EM premium	Ergothérapie, foyer d'accueil médicalisé	504	2
		Maison d'accueil spécialisée, ergothérapie	329	2
	PsycINFO	Occupational therapy, residential care home	517	3

□

Annexe 2 : Tableau de synthèse des articles de la revue de littérature

Source	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires d'étude	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
Journal de réadaptation médicale, 2008	Mise en place du projet de vie individualisé	Ø	Traumatisés crâniens	Ø	Médical	Ø	La place de l'ergothérapeute
Kinésithérapie-médecine physique réadaptation, 2009	La complémentarité entre les ergothérapeutes et les kinésithérapeute	Ø	Les ergothérapeutes	Ø	Paramédical	Ø	Les activités réalisées par les ergothérapeutes en MAS et FAM
La revue de l'infirmière, 2013	Les missions des structures médico-sociale	Ø	Les structures médico-sociale, les infirmières	Ø	Médical	Ø	Le rôle des infirmières et leurs relations avec les ergothérapeutes
L'aide-soignante, 2013	Travailler dans une MAS	Ø	Les aides-soignantes	Ø	Paramédical	Ø	La collaboration avec les ergothérapeutes

Aging & Mental Health, 2007	Le coût et l'impact d'un ergothérapeute en lieu de vie	Étude empirique et quantitative	Les ergothérapeutes	Ø	Paramédical, économique	L'utilisation d'un ergothérapeute baisserait le coût des soins et augmenterait les demandes en services sociaux.	Le coût détaillé de l'intervention de l'ergothérapeute.
-----------------------------	--	---------------------------------	---------------------	---	-------------------------	--	---

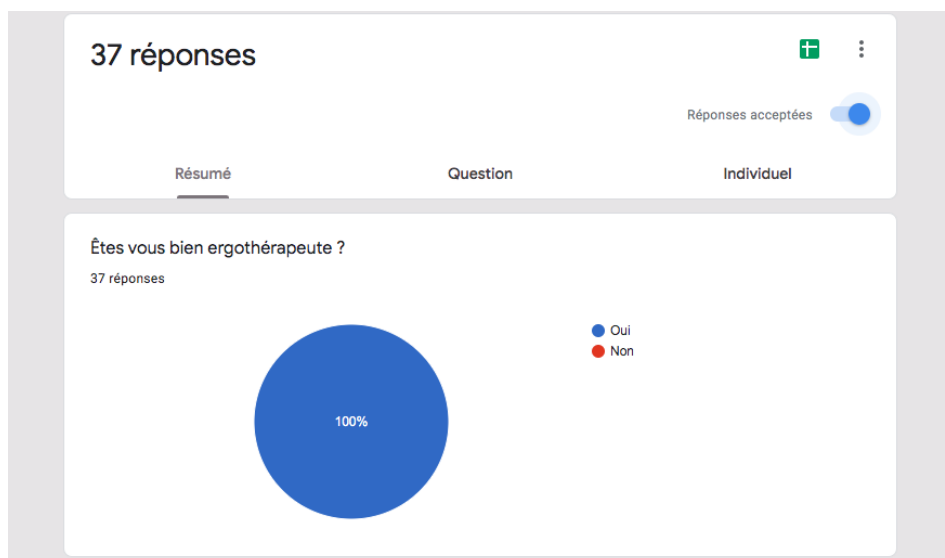
The British Journal of Occupational Therapy, 2004	La description de l'intervention des ergothérapeutes dans les lieux de vies.	Étude empirique et quantitative	Les ergothérapeutes	Ø	Paramédical	40% du temps en ergothérapie concerne les AVQ et le positionnement, 31% du temps consacré à l'évaluation et la fixation des objectifs, 15% du temps est fait d'échange avec les résidents, les proches et l'équipe professionnelle, 10% concerne les aides techniques et 4% du temps est consacré aux déficiences des personnes.	La mise en place d'activités thérapeutiques et la satisfaction de l'ergothérapeute.
The British Journal of Occupational Therapy, 2014	Quelle est la routine dans la prise en charge en ergothérapie en lieu de vie avec les personnes traumatisées crâniens.	Étude empirique, quantitative et interview	Les ergothérapeutes	Ø	Paramédical	Les principaux objectifs mis en place correspondent aux AVQ, l'intervention la plus fréquente correspond au positionnement.	La mise en place d'activités thérapeutiques, la place de l'ergothérapeute dans l'équipe pluri professionnelle et la satisfaction de l'ergothérapeute.

Annexe 3: Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

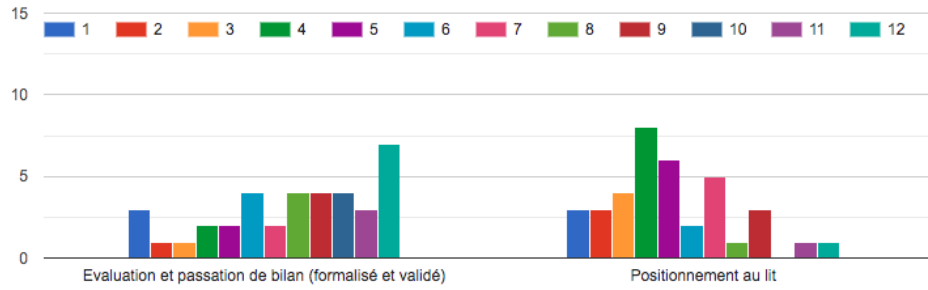
Variables	Indicateurs	Sous indicateurs	Questions	Modalités de réponse	Objectif
Caractéristiques de la population	Age	Ø	Quel âge avez-vous ?	Réponse libre	Chercher à décrire la population des ergothérapeutes travaillant en FAM et MAS
	Année d'obtention du diplôme	Ø	En quelle année avez-vous eu votre Diplôme d'État d'Ergothérapie ?	Réponse libre	
	Expérience en FAM et MAS	Ø	Est-ce votre première expérience en FAM et MAS ? (Hormis les stages)	Oui ou non	
	Temps de travail en FAM et MAS	Ø	Depuis combien de temps travaillez-vous en FAM ou en MAS ?	Réponse libre	
	Région d'exercice	Ø	Dans quelle région exercez-vous ?	Liste déroulante	
	Sexe	Ø	Êtes-vous un homme ou une femme ?	Homme/ Femme	
	Type de structure	Ø	Travaillez-vous dans une MAS ou un FAM ?	FAM/MAS/ Les deux	
	Temps de travail hebdomadaire	Ø	A combien de pourcent travaillez-vous ?	Réponse libre	
Activités réalisées	Temps hebdomadaire par activités	Évaluation et passation de bilan	Ordonnez ces actes selon le temps qui leurs sont alloués ? 1 étant l'acte pour lequel vous y consacrez le plus de temps	Grille de case à cocher	Chercher à décrire les actes ergothérapeutiques réalisés en FAM et MAS
		Positionnement au lit			
		Aménagement des chambres			
		Activités thérapeutiques (rééducation, réadaptation) en individuelles			
		Activités thérapeutiques (rééducation,			

		réadaptation) en groupe			
		Activités occupationnelles			
		Réunion pluri professionnelle			
		Positionnement au fauteuil			
		Administratif			
		Entretien fauteuil roulant			
		Gestion des aides techniques			
		Transmission aux autres professionnels			
		Autres			
Satisfaction professionnelle	Satisfaction des ergothérapeutes	Ø	Comment évaluez-vous votre satisfaction professionnelle ?	Échelle numérique de 0 à 10	Évaluer la satisfaction professionnelle des ergothérapeutes en FAM et MAS
	Besoins des ergothérapeutes	Ø	Quels sont vos besoins en tant qu'ergothérapeutes au sein de votre structure ?	Réponse libre	Analyser les besoins des ergothérapeutes en FAM et MAS
	Champs d'intervention	Ø	Selon vous, comment trouvez-vous votre champ d'intervention vis-à-vis des besoins de votre structure ?	Réduit Juste Surélevé	Chercher à comprendre la réduction du champ d'intervention des ergothérapeutes en FAM et MAS
		Ø	Si vous avez répondu « réduit ». Selon vous quelle en est la raison ?	Réponse libre	
Action de promotion menées	Promotion de l'ergothérapie	Ø	Quelles actions pourrait être mis en place pour promouvoir l'ergothérapie dans	Réponse libre	Chercher à décrire les actions menées par les ergothérapeutes
					l'ergothérapie en FAM et MAS

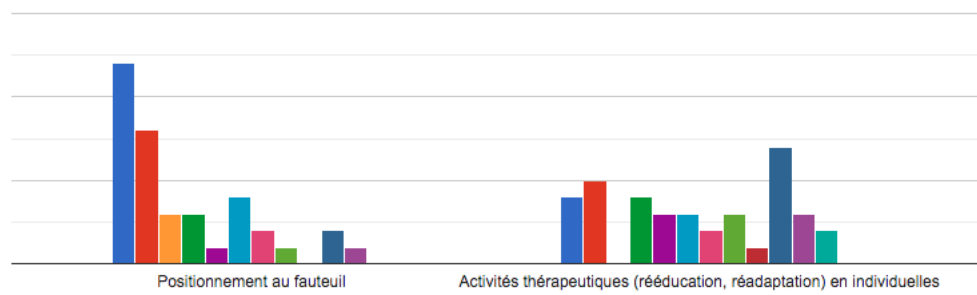
Annexe 4: Questionnaire et données brutes de l'enquête exploratoire



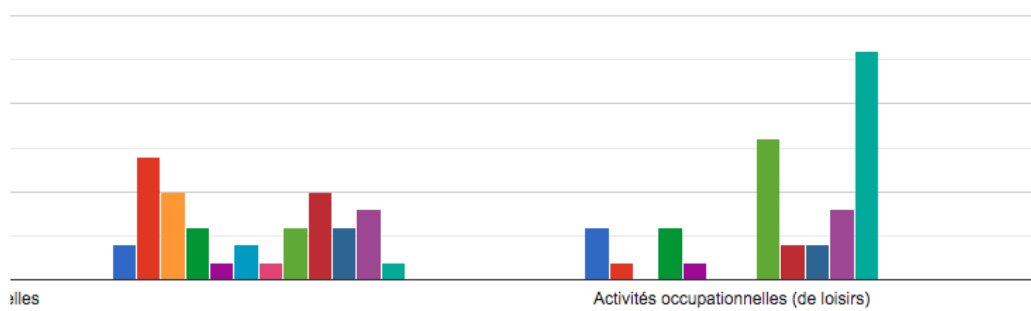
Activités réalisées



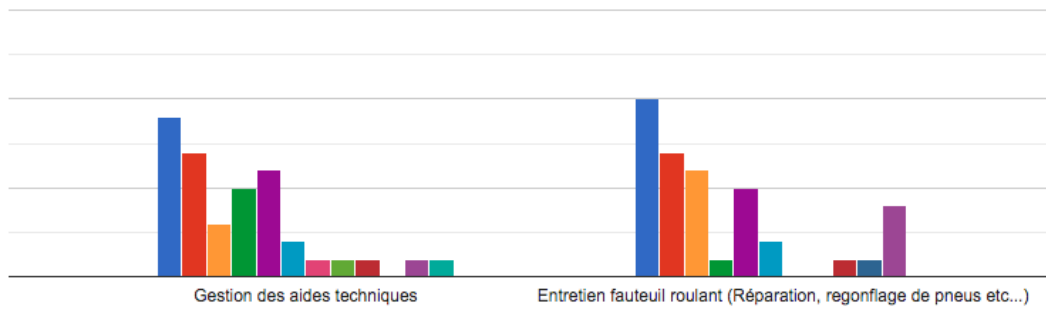
Activités réalisées



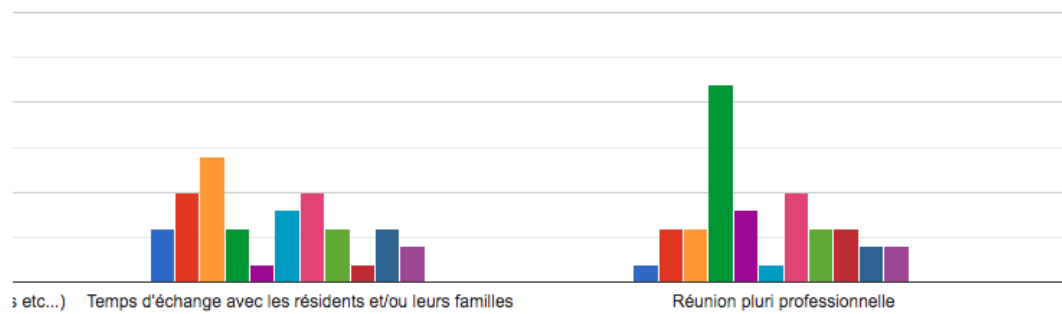
Activités réalisées



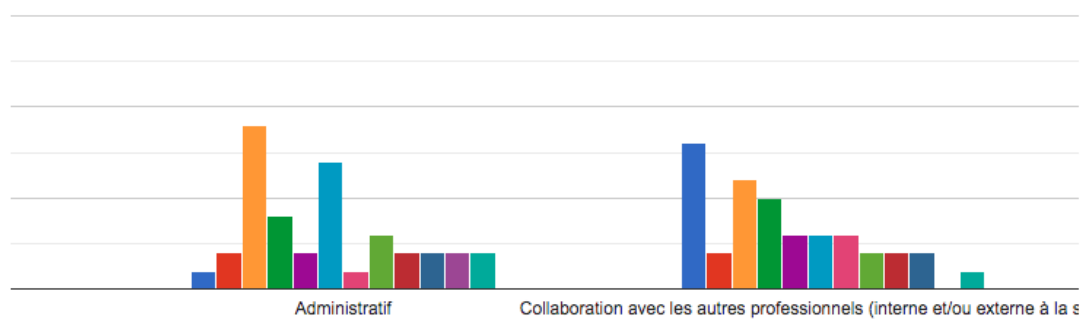
Activités réalisées



Activités réalisées



Activités réalisées



Autres ? Avec quelle importance ?

7 réponses

Contact avec les revendeurs et formations 5

J'ai mis dans positionnement au lit et au fauteuil, les appareillages qui pour moi devraient être à part : orthèse totale de nuit, siège coque moulé, chaussures orthopédiques, attelle... Ça serait l'acte numéro 1 pour moi

Gestion de l'appareillage (prothèse, orthèse, chaussures orthopédiques) 8; projet personnalisé 6.

Présence et aide des soignants dans les activités de la vie quotidienne (aide au repas ++)

Participation aux AVQ (repas, toilettes...) - 5 -

Commandes de matériel médical et gestion des dépannages de ce même matériel (lit douche, lève personne, lit médicalisé, etc) chaque semaine un problème!

Avis sur installation repas ponctuellement car pas d'orthophoniste

Lien avec orthoprothésiste en l'absence de kinésithérapeute

Rédaction ordre du jour et compte rendu de la visite du MPR tous les 4 mois

Formation prap (évalué à 0,2 ETP)

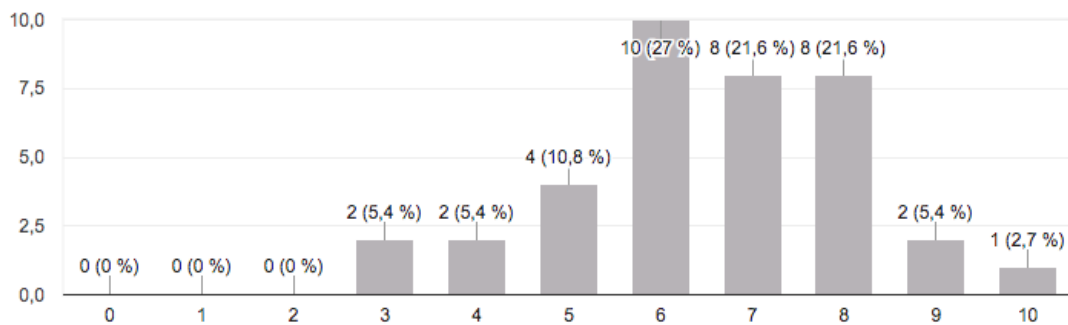
Je précise que je travaille à 30% pour 3 établissements (mas, fam eeap) et n'ai donc pas l'opportunité de faire des pec

Satisfaction professionnelle

Comment évaluez vous votre satisfaction professionnelle ?



37 réponses



Quels sont vos besoins en tant qu'ergothérapeute au sein de votre structure ?

37 réponses

des locaux et du matériel adapté

.

Echange avec le résident, échange entre professionnels, échange avec les proches afin de pouvoir construire un projet commun pour l'année à venir. La communication est plus que nécessaire, elle est parfois vitale.

J'aimerais qu'il y ait plus de reconnaissance de notre champ de compétence

La réparation et l'entretien des fauteuils/matériel devrait être réservé aux revendeurs médicaux afin que l'ergo puisse organiser de manière plus systématique des activités ergothérapeutiques auprès du résidents.

Dans mes structures (deux MAS en mi-temps), l'ergothérapeute est surtout vu comme un "bricoleur" et peu ont conscience du fait que nous avons aussi des compétences en matière de rééducation/ développement des capacités/ maintien des acquis (cognitifs, moteurs, sensoriels, sociaux). C'est une bataille, où il faut régulièrement se justifier (notamment après des éducateurs et du psychomotricien).

Une autre collègue et plus de matériel, car je suis seule Ergothérapeute pour tout l'établissement, 7 services; les EHPAD 146 lits et dans tout l'établissement + de 200lits , c'est une petite structure mais le nombre de lits pour une Ergothérapeute seule est juste indécemment ! Certes les interventions au niveau de la MAS sont très intéressantes , mais faute de moyen et de temps ...

Pluridisciplinarité, bilans/évaluation, jeux, aides techniques, outil informatique

un échange de qualité avec l'équipe d'intervenants internes et externes et une bonne écoute de la hiérarchie

L'ergo dans notre MAS est sur tous les fronts. De part sa formation et sa vision du résident, il est le garant de sa prise en charge holistique. Il travaille avec tout le monde, les IDE, la psy, les coordinateurs santé et sociaux-éducatifs, le médecin, les encadrants, les familles, l'animateur, les libéraux, etc.

moins de gestion de matériel plus d'accompagnement individuel et surtout un vrai temps pour le travail de communication alternative

Matériel reconnaissance temps

Actuellement en 50% ETP, un 100% permettrait un meilleur suivi...

Formation troubles cognitifs

Avoir plus de temps (contrat en temps partiel!)

Valorisation, du temps, compréhension des équipes, qu'il faut du temps pour obtenir le matériel, que ce matériel a un coût, de la patience,

avoir de la crédibilité, apporter des solutions aux résidents afin de maintenir leur indépendance, se sentir utile

Question non comprise

Un technicien qui s'occupe du matériel

temps d'intervention

Un cadre institutionnel et une fiche de poste clairement définis, un espace de travail adapté à ma pratique (bureau/atelier/salle d'activités), des temps d'échange formels avec mes collègues, la direction et les familles des résidents, du matériel en bon état, la possibilité d'avoir un emploi du temps flexible en fonction des besoins...

temps d'échange avec les résidents pour évaluer leur besoin

Aides techniques diverses pour essais, téléphone et informatique, boîte à outils bien remplie...

Cadre idéal, le seul inconvénient réside dans le manque de réactivité des partenaires revendeurs

Une bonne communication avec la direction et les équipes (ça passe par des temps d'échange et l'informatique) ; du matériel et des salles adaptées pour les activités ; un atelier ; un espace de stockage ; du temps de présence ; de la confiance de la part de la direction et des équipes ; des formations ; une bonne relation avec l'entourage du résident et un lien avec le domicile dans le cas de retours au domicile

J'ai besoin de plus de temps puisque je suis embauchée à 20%, d'une meilleure reconnaissance et connaissance des autres professionnels de mon métier

Besoins d'outils validés, de matériels, d'un médecin MPR

Financement pour le matériel de reeducation

Plus de temps de présence

la reconnaissance du métier afin que les équipes sachent vers qui s'adresser

Avoir un collègue kine, mais c'est une utopie car rien depuis 11 ans!! Un APA vient d'arriver mais la direction l'oriente plus sur de l'animation et de l'éducatif que sur un axe paramédical.
Et plus de reconnaissance et de respect! ! En mas, la place des paramed est compliquée car les activités ne sont pas reconnues comme thérapeutiques, mais elles sont considérées comme n'importe quelle autre animation. Peu d'intérêt porté par les équipes du quotidien sur ce que l'on fait, et ce qui peut être transposé au quotidien.

communiquer ! besoin matériel, besoin de suivi des mises en place (traçabilité), besoin humain (je peux donner des pistes mais il faut qu'elles soient appliquées sur les groupes)

Temps...

Une meilleure gestion des équipes soignantes sur les aides techniques (positionnement lit,fauteuil, gestion des AT aux repas...).
Moins de temps sur les réparations et les réglages afin de favoriser des temps bilans et des séances individuelles.

Etre moins seule dans ma fonction.

D'avoir des cadres en connaissance du métier et en soutien de votre travail

travail et cohérence d'équipe

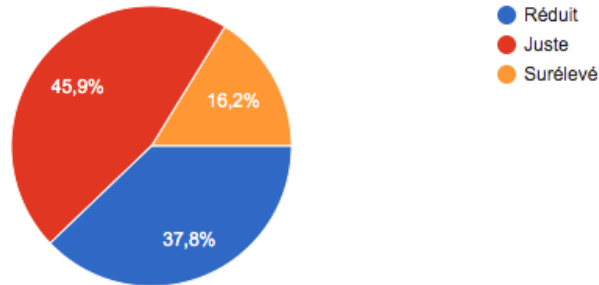
Besoin de matériel pour des séances individuelles (jeu de société par exemple), un deuxième ergothérapeute pour répondre au nombre important de demande (séance individuelle, de groupe, recherche d'aides techniques ...)

Un temps plein pour 60 résidents

Selon vous, comment trouvez-vous votre champ d'intervention vis-à-vis des besoins de votre structure ?



37 réponses



Si vous avez répondu « réduit ». Selon vous quelle en est la raison ?

14 réponses

Manque de reconnaissance et de temps de travail sur la structure

Budget et temps limités

Mauvaise reconnaissance du métier d'ergothérapeute dans ce genre de structure

Je l'ai expliqué au niveau des besoins , ce sont les même raisons.

L'ergothérapeute en MAS/FAM peut être concerné potentiellement par tout ce qui se passe dans la structure durant une semaine type, il faut souvent prioriser. De plus les temps partiels ne permettent pas d'intervenir sur la totalité des activités de la semaine.

Temps et positionnement de la direction vis à vis du métier d'ergo

manque d'ergothérapeute sur la structure et mauvaise répartition des tâches

Manque de temps de présence qui ne permet pas un champs d'intervention complet et optimal

Peu de temps car beaucoup de renouvellement de FRE FRM à faire

0.20 ETP pour 30 résidents polyhandicapés

Méconnaissance du rôle de l'ergo (tend à s'améliorer), contexte institutionnel peu favorable aux échanges formels entre professionnels et à la circulation des informations (pas de temps de réunion). Pas suffisamment de temps malgré un temps plein, situations d'urgence fréquentes qui viennent bousculer le planning et les priorités...

Manque de moyens financiers pour augmenter le temps de présence de l'ergo..

Manque de budget.

le temps de travail alloué, le manque de connaissance de notre champ d'action, le manque de moyen (matériel, humain, locaux, etc.)

Actions de promotion réalisées

Quelles actions pourraient être mises en place pour promouvoir l'ergothérapie dans votre structure ?

37 réponses

informations auprès du personnel

Réunion d'information, soutien de la direction

Faire davantage de mise en situations pratiques pour le personnel soignant et pour les résidents (les former aux gestes à faire), réaliser davantage des activités à visée thérapeutique, faire des articles sur les différents moyens d'intervention de l'ergothérapie dans le journal de la MAS, sensibiliser les familles à la manutention et gestes à faire...

Beaucoup de travail mais 1 seule ergo pour 60 résidents. Je pense que le travail d'ergo pourrait être plus reconnu si nous étions 2. La charge de travail m'incite à davantage traiter les urgences, à limiter les écrits, les transmissions qui sont pourtant la preuve de notre travail...

Rédiger un article dans le journal de la structure pour expliquer le métier d'ergo. Accueillir des stagiaires. Mettre en place des ateliers avec des regards croisés AMP/Ergo, Educ/Ergo, Kiné/Ergo, Psychomot/Ergo... Être présent aux réunions des équipes de nuit...

Formations, affichages, mises en situation

ergothérapie plutôt bien implantée et reconnue, équipe demandeuse, mais budgets limités.

Je ne sais pas

Des mises en situation des personnels car il faut malheureusement toujours prouver le bien-fondé de nos propositions, si non elles ne sont perçues que comme qqch de qui les dérange dans leur routine quotidienne.

Fiche présentation métier sur la porte du bureau, participation aux réunions de transmission et réunion d'équipe...

- Il serait peut-être intéressant de présenter à l'équipe (direction+salariés) les champs de compétences réels de l'ergothérapeute notamment à l'aide du référentiel de compétence. En réalisant une fiche explicative par exemple. Il s'agirait de mettre en évidence les besoins du résident, les constats réalisés dans la structure, puis de faire le lien avec nos compétences.
- La recherche et l'écriture d'articles par les ergothérapeutes exerçant en MAS/FAM (témoignage, expériences...)
- La création de bilans spécifiques en ergothérapie pour le polyhandicap (la plupart des bilans prennent en compte une fonction particulière (motrice OU sensitive OU cognitive) alors que dans le polyhandicap, tout est lié. De plus l'exploration est très difficile puisque les résidents ont des capacités parfois très limitées (peu ont accès à la parole, les 2/3 sont en fauteuil et ont des appareillages spécifiques...) Des bilans adaptés "polyhandicap" permettraient d'axer plus précisément notre accompagnement.

Embaucher une autre Ergo !

Temps d'explication du métier aux autres professionnels, aux familles

plus de régularité dans les réunions d'équipe

Présentations d'actions variées réalisées par l'ergo, organisations de journées d'informations avec d'autres structures autour d'une thématique commune

Formation des équipes, G2RT, accueil de stagiaire, partenariat avec des établissements scolaires par exemple

Echange et présentation de mon champs d'action auprès des équipes et de la direction, élaborer une fiche de poste, visite de d'autres structures identiques

Information sur le métier et les intérêts.
Formation sur le positionnement pour les équipes
Meilleure répartition des tâches

Investissement des amp aide soignant dans le quotidien des résidents pouvant alors m apporter des pistes de réflexion pour l autonomie des résidents. En effet pas le temps de faire moi même des évaluations autres que la toilette et repas ou dans un but reeducatif

Permettre des prises en charge de stimulation ou de développement de certaines capacités

Des temps de formation du personnel soignant sur les ATs et l'importance d'un bon positionnement FRM/FRE. Inclure d'avantages les équipes sur les activités de groupe.

Faire connaître le métier par voie orale (le papier est peu ou pas regardé); faire participer les salariés à des interventions ergo.

Formation à la connaissance des aides techniques, surtout au niveau déplacements

matinée porte ouverte aux familles, expo/vente de ce qui est réalisé à l'atelier, intégration et participation de différents regards (l'équipe pluridisciplinaire) aux ateliers de groupe

Ce qui a déjà été fait : poster des différentes compétences et champs d'intervention en ergo affiché sur chaque unité de la MAS, présentation lors du CVS (conseil de la vie sociale) du rôle de l'ergo avec diffusion du compte rendu aux familles des résidents.

Plus d'activité de groupe

l'ergo est bien reconnu

Formation et information sur notre métier, nos compétences et nos domaines de compétences auprès de toutes les professions de santé et du soin : AS, AMP, AES, etc.

L'ignorance (et parfois le désintérêt) n'aide pas à travailler en équipe pluridisciplinaire...

Ma direction évoque la tenue d'un forum des métiers depuis 3 ans, cela pourrait peut être aider....mais si présence des pros facultative, seuls les plus investis et intéressés viendront!

A défaut, je prends les devants et je m'incruste aux réunions d'équipe pour donner mon avis sur des sujets qui concernent l'ergo et je rappelle mon utilité, à quoi je peux leur servir, etc. C'est un travail de longue haleine et à pratiquer quotidiennement et humblement.

des réunions d'informations, la participation des professionnels à des séances, un cahier de communication avec les différentes raisons pour lesquelles on peut être interpellés, la communication ++ !

Un rappel de ce qu'est l'ergothérapie, ce qu'on sait faire, ce pour quoi on est formé afin d'éviter les débordements et des tâches qui ne nous incombent pas (on est pas réparateur de matériels !)

formations, affiches informatives

Aucune idée. Trop d'idée de la vieille ergothérapie : bricoler avec des mousses...

Mise en situation, présentation des modèles conceptuels, utilisation des bilans

augmenter le temps de travail effectif

Présentation synthétique du référentiel de compétences avec des exemples concrets d'application au sein de l'établissement, connaissance du métier par la direction et les médecins pour fournir un appui lorsque des problématiques sont soulevées et pas forcément relayées à l'ergo directement

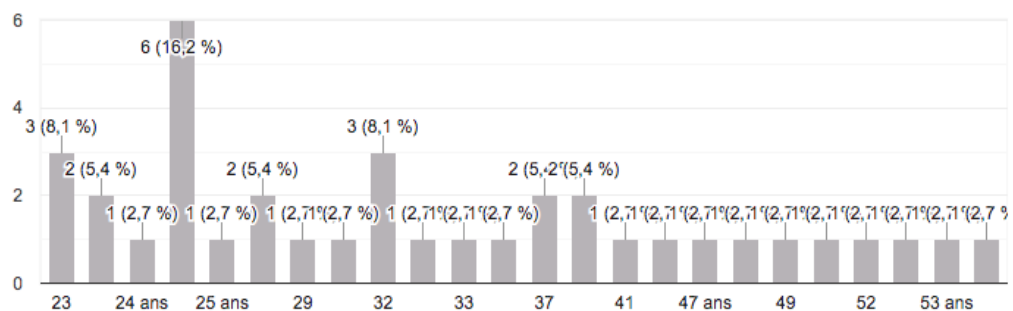
temps d'échange en pluridisciplinaire

Les actions ne suffisent pas... Les tutelles donnent un budget, point barre... Et avec la mise en place des cpom, c'est pas prêt de s'améliorer !

Informations générales

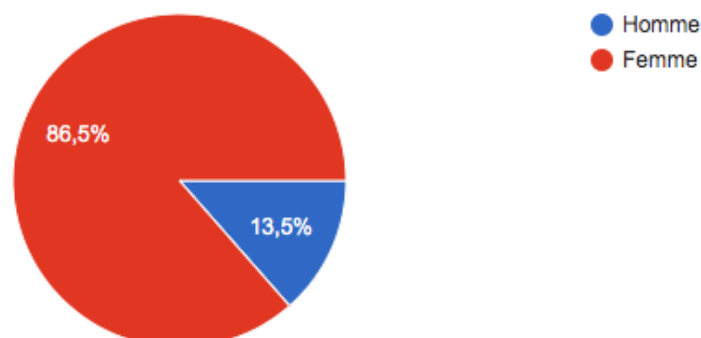
Quel âge avez vous ?

37 réponses



Vous êtes ?

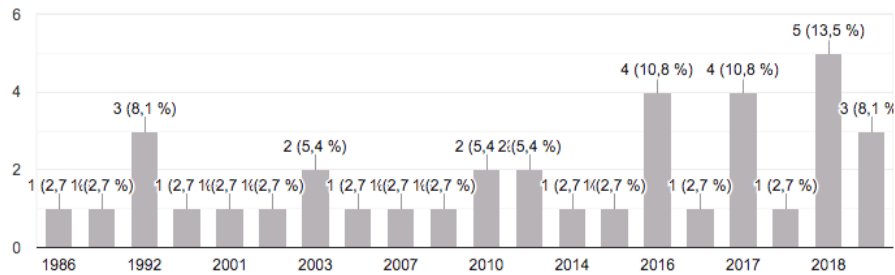
37 réponses



En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?

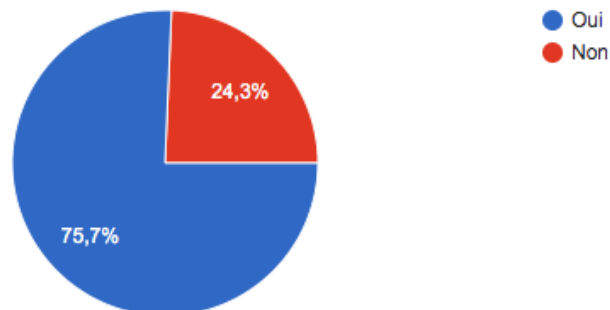


37 réponses



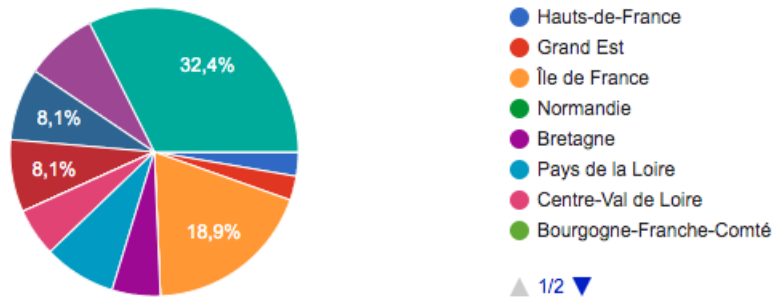
Est ce votre première expérience en FAM et MAS ? (hormis les stages)

37 réponses



Dans quelle région exercez-vous ?

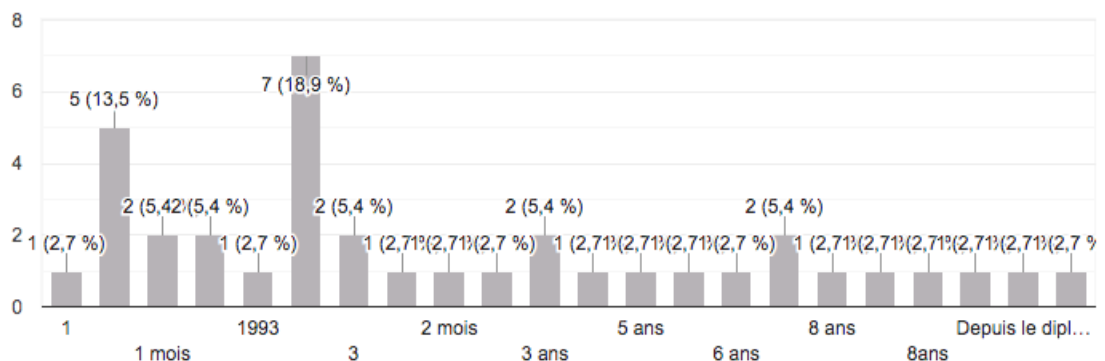
37 réponses



Depuis combien de temps travaillez vous en FAM et MAS ?

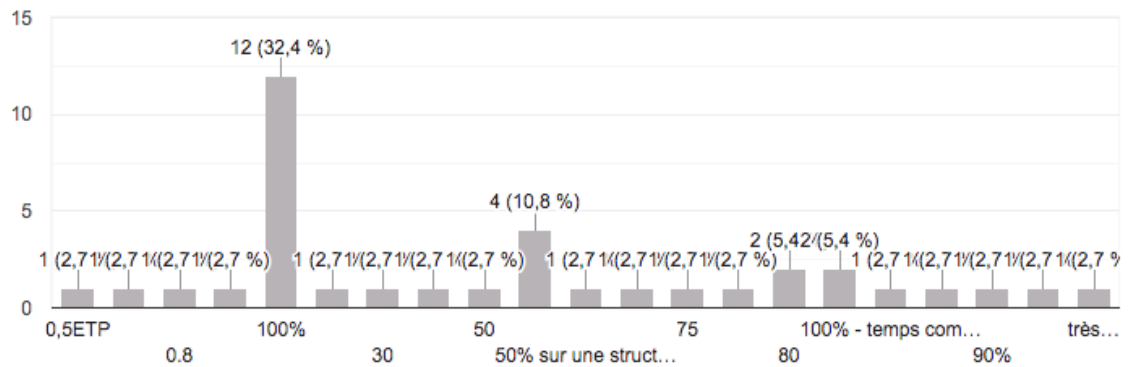


37 réponses



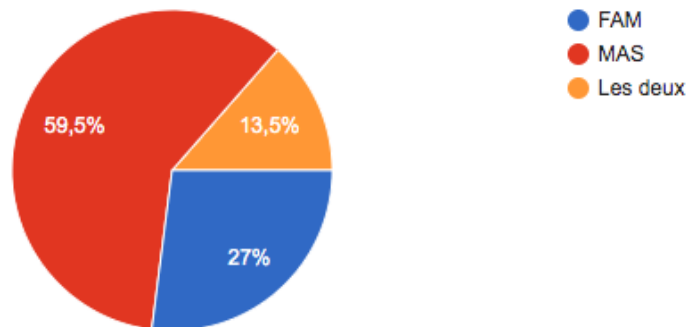
Quel est votre pourcentage de temps de travail ?

37 réponses



Dans quelle structure travaillez vous ?

37 réponses



Annexe 5 : Moyenne de chaque acte ergothérapique

Actes ergothérapiques	Moyenne
[Positionnement au fauteuil]	3,5
[Gestion des aides techniques]	3,8
[Entretien fauteuil roulant]	3,9
[Collaboration avec les autres professionnels]	4,6
[Positionnement au lit]	5,1
[Temps d'échange avec les résidents/familles]	5,3
[Réunion pluri professionnelle]	5,5
[Administratif]	5,8
[Activités thérapeutiques en groupe]	6
[Activités thérapeutiques en individuelles]	6,4
[Evaluation et passation de bilan]	7,8
[Activités occupationnelles (de loisirs)]	8,8

Annexe 6 : Matrice conceptuelle

Concepts	Variables	Modalités	Indicateurs
Travail d'équipe	Un groupe de personnes : l'équipe	Équipe figée	Beaucoup de temps consacré aux discussions Pas de changements Très structurée
		Équipe laxiste	Pas de concertation avant action Peu structurée Basée sur l'initiative
		Avec un savoir collectif	Hétérogénéité : - De profession - D'âge - De parcours - D'expérience - De compétences
	Rôle de la hiérarchie	Proposer un projet institutionnel	Basé sur une idée force Significatif pour les professionnels Adhésion de tous les professionnels
		Coordination	Direction présente et permettant la coopération Favorise l'autonomie des professionnels
	Une organisation : la coopération	Typologie Pluridisciplinaire	Indépendance des professionnels Absence de réciprocité Superposition des points de vue
		Typologie Interdisciplinaire	Partage de compétence, concepts et représentations, réalisation de synthèse et création de nouvelles connaissances Décisions communes Relations de confiance Partage équitable du travail
		Typologie Transdisciplinaire	Transfert de compétence, de concepts, de représentation entre les disciplines Rôle et fonction interchangeable Absence de frontière entre les disciplines
		Origine inter équipe	Volontaire Créée de l'initiative des professionnels
		Origine extra équipe	Obligée Imposée par la direction
		Critère de qualité	Synchronisation des professionnels Pertinence des échanges Communication facile/ langage commun Désaccord exprimé Suppléance d'un membre défaillant Décloisonnement des professionnels Intercompréhension Représentations collectives Bon timing Cohérence Congruence Crédibilité Consistance Élaboration d'objectif commun

Identité	Dimensionnelle	Moi : Pour soi	Identification de ce que l'on pense être
		Autrui : Pour les autres	Identification de ce que l'on montre aux autres
		Nous : Avec les autres	Intégration de ce que les autres pense de nous
	Socialisation	Socialisation primaire	De la naissance à l'âge adulte Intégration dans des groupes sociaux primaires : écoles, sports, loisirs, famille, amis Intégration et appropriation des codes, normes, cultures et valeurs des différents groupes Création de l'identité Création de liens sociaux
		Socialisation secondaire	De l'âge adulte à la mort Intégration dans des groupes sociaux secondaires : travail, formation, voyage, sports Intégration et appropriation des codes, normes, cultures et valeurs des différents groupes Ancrage de savoirs et compétences professionnels dans l'identité Création de l'identité professionnelle Création de liens sociaux-professionnels
	Identité professionnelle	Fusionnelle	Solidarité envers l'équipe Dépendance à la hiérarchie Peu de prises d'initiative
		De retrait	Désengagement dans la profession et les relations professionnelles Investissement non reconnu Pas de pouvoir de décision Pas de pouvoir d'action
		De négociation	Identité personnelle mise en avant Nombreux échanges avec le reste de l'équipe Négociation avec la hiérarchie Reconnaissances des qualités et des compétences par l'équipe
		Affinitaire	Création de liens et de réseaux en nombres Fonctionne à l'affinité Stimulé par l'environnement de travail Cherche à faire évoluer la carrière
		D'exclusion	Désintérêt et désengagement de la profession Désintérêt et désengagement dans les relations professionnelles Absence de reconnaissance de la part de l'équipe
		Bloquée	Intégration dans l'équipe freiné du a des qualifications plus faibles que le reste de l'équipe
		A priori	Légitimité absolue des pratiques Équipe bienveillante
		A posteriori	Légitimité à prouver Équipe critique

Annexe 7 : Matrice de questionnement de l'enquête de recherche

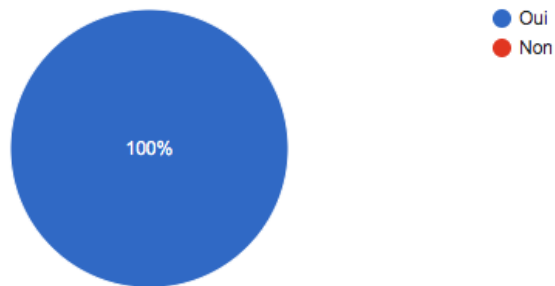
Variables	Indicateurs	Questions	Modalités de réponses	Objectif
Caractéristiques de la population	Age	Quel âge avez-vous ?	Réponse libre	- Vérifier les critères d'inclusion - Décrire la population
	Sexe	Êtes un homme ou une femme ?	Homme ou femme Ne souhaitant pas préciser Autre	
	FAM ou MAS	Travaillez-vous dans un FAM ou une MAS ?	FAM MAS Les deux	
	Année du diplôme	En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'état d'ergothérapie ?	Réponse libre	
	Temps de travail dans la structure	Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre structure actuelle ?	Réponse libre	
	Pourcentage de temps de travail	Quel est votre pourcentage de temps de travail ?	Réponse libre	
Identité professionnelle	Pour soi	Comment définissez-vous votre profession dans votre structure ?	Réponse libre	- Observer la différence entre la vision des ergothérapeutes sur leur profession et leur avis sur l'image qu'ont les autres professionnels sur l'ergothérapie
	D'après les autres	D'après vous, comment les autres professionnels de la structure définissent votre profession ?	Réponse libre	
	A priori/A posteriori	Selon vous, votre légitimité vient de ?	- Votre statut d'ergothérapeute ? - Vos actes réalisés ? - Les deux ? - Autre ?	- Observer les variations d'identité professionnelle chez les ergothérapeutes en FAM et MAS
	Fusionnelle Bloquée De négociation De retrait Affinitaire D'exclusion	Les liens professionnels créés sont-ils fait ?	- En fonction des affinités - En fonction de la proximité géographique - En fonction d'une perspective d'évolution - Autre	
		Comment qualifieriez-vous votre pouvoir d'action ?	- Échelle de 0 à 10	
		Comment qualifieriez-vous votre pouvoir de décision ?	- Échelle de 0 à 10	
		Comment évaluez-vous votre reconnaissance professionnelle ?	- Échelle de 0 à 10	
		Votre environnement de travail est-il stimulant ?	- Échelle de 0 à 10	
		Ressentez-vous un désengagement dans votre profession ?	- Échelle de 0 à 10	
		Ressentez-vous un désengagement dans la création de lien professionnel ?	- Échelle de 0 à 10	
		Comment quantifiez-vous l'importance de la valeur "solidarité" vis-à-vis de l'équipe ?	- Échelle de 0 à 10	

		Vous sentez vous moins qualifiés que le reste de l'équipe ?	- Échelle de 0 à 10	
Coopération	Pluriprofessionnelle Interprofessionnelle Transprofessionnelle	Travaillez-vous en équipe ?	Échelle de 0 à 10	
		Cette démarche est-elle ?	Échelle de 0 à 10	
		Lors de la mise en place d'objectifs, ceux-ci sont ?	- Établis par chaque profession indépendamment des autres - Établis en commun mais en gardant la spécificité de chaque profession - Établis par l'équipe et réalisable par l'ensemble de l'équipe - Autre	
		Lorsqu'un problème est rencontré, celui-ci est analysé ?	- Par seulement les professionnels concernés - En fonction des points de vue de chaque profession - Par le partage et la synthèse des représentations et compétences de chaque profession - Par des compétences et des représentations déjà communes à l'équipe - Autre	
		Partagez-vous des informations au reste de l'équipe ?	- Échelle de 0 à 10	
		Ceci est-il réciproque ?	- Échelle de 0 à 10	
		Les frontières de chaque profession sont-elles ?	- Clairement définies - Visibles mais ouvertes - Totalemt confondues - Autre	

Annexe 8 : Questionnaire de la recherche et données brutes

Etes vous bien ergothérapeute ?

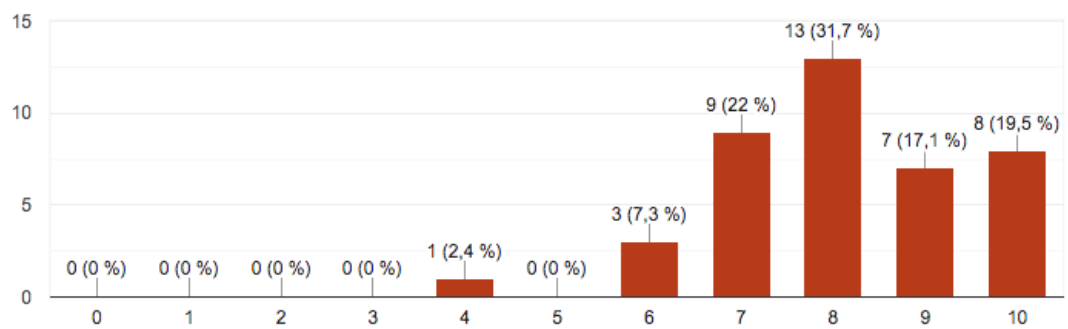
41 réponses



Travail en équipe

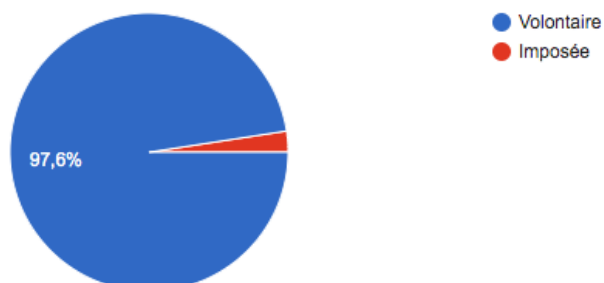
Travaillez-vous en équipe ?

41 réponses



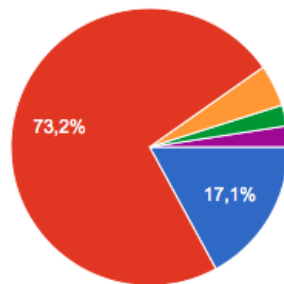
Cette démarche de travail d'équipe est-elle ?

41 réponses



En général, lors de la mise en place d'objectifs, ceux-ci sont ?

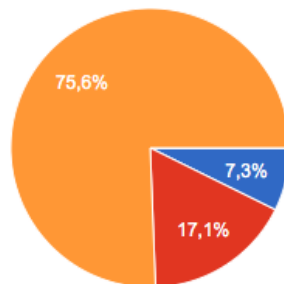
41 réponses



- Établis par chaque profession indépendamment des autres
- Établis en commun mais en gardant la spécificité de chaque profession
- Établis par l'équipe et réalisable par l'ensemble de l'équipe
- Chaque professionnel établit ses objectifs pour les résidents, nous les...
- Nous avons 2 types d'objectifs... Ceux spécifiques à chaque profession et ce...

Lorsqu'une problématique est rencontrée, celle-ci est analysée ?

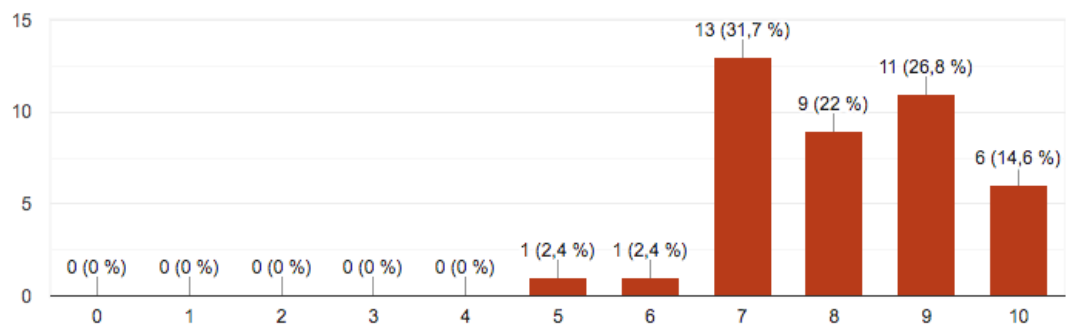
41 réponses



- Par seulement les professionnels concernés
- En fonction des points de vue de chaque profession
- Par le partage et la synthèse des représentations et compétences de chaque profession
- Par des compétences et des représentations déjà communes à l'équipe

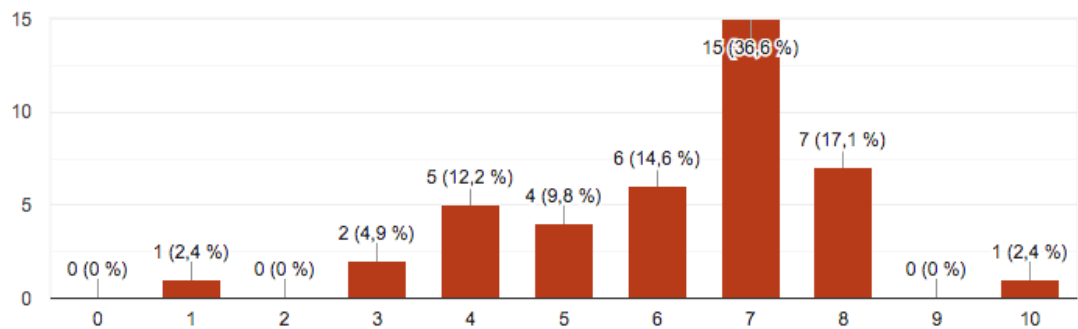
Partagez-vous des informations au reste de l'équipe ?

41 réponses



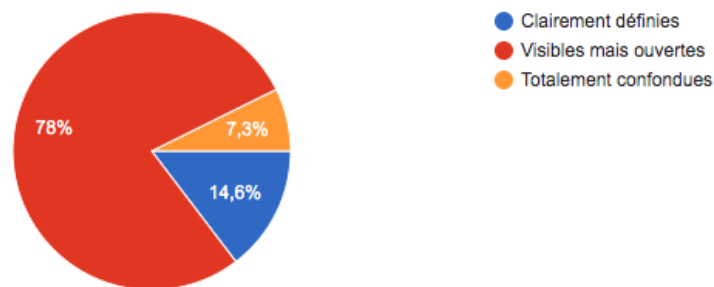
Ce partage d'information est-il réciproque ?

41 réponses



Les frontières de chaque profession sont-elles ?

41 réponses



Identité professionnelle

Comment définissez-vous votre profession dans votre structure ?

41 réponses

Considérée comme mac gyver, souvent sollicitée pour tout en n'importe quoi, je rappelle les limites de mon métier en disant je ne suis pas kine, ni agent d'entretien mais en tant qu'ergo jebte propose mon point de uebet mes compétences pour ton problème sont les suivantes.
Pour les stagiaires amp/as, souvent j'insiste sur le professionnel qui sera là pour t'aider à trouver une solution aux problèmes qu'il peut rencontrer dans toutes les activités avec les résidents (toilette habillage repas loisirs sorties culturelles ou sportives etc).

En MAS, l'ergothérapeute agit sur les activités de la vie quotidienne du résident pour favoriser et maintenir la meilleure autonomie. Pour cela, il peut réaliser des séances individuelles, de groupe, en lien avec les autres professionnels. Il peut également travailler sur les différents moyens de communication à mettre en place pour favoriser la participation sociale du résident. Il s'occupe également de la mise en place et du suivi des appareillages en lien avec le médecin MPR et les orthoprothésistes. Un autre rôle de l'ergothérapeute est la mise en place d'aides techniques, pour cela, il travaille avec des revendeurs de matériel médical.

Professionnel de rééducation et réadaptation, gestion aides techniques et autre matériel pour maintenir et/ou améliorer l'autonomie et l'indépendance des résidents dans les AVQ

Maintien de l'autonomie et favoriser l'indépendance

Poste qui nécessite de la polyvalence et de l'écoute et de savoir travailler seul mais en totale coopération avec les autres professionnels. Beaucoup de compétences en appareillage et de bon sens sont aussi nécessaires. Champs d'action particulièrement large.

Installation, appareillage, évaluation des compétences de chaque résident et travail en équipe pour définir comment rendre acteur le résident le plus possible dans sa vie quotidienne (avq, activités proposées dans l'unité...), travail en lien avec les familles, partenariat avec les différents revendeurs... Métier polyvalent avec toujours comme objectif premier l'indépendance et l'autonomie du résident.

Personne ressource à solliciter pour les aides techniques, appareillages et aides à la communication nécessaires au quotidien des résidents + aménagement de l'environnement

Je fais partie de l'équipe paramédicale et intervins pour des problématiques d'installation, de positionnement, d'aide technique aux activités vie quotidienne, des évaluations de l'autonomie et des capacités. Je travaille en étroite collaboration avec les équipes médicales et éducatives afin que les décisions soient prises et suivies par tous les métiers. J'ai un regard particulier sur les capacités des résidents dans leur vie quotidienne

Multiplicité des objectifs avec une grosse demande au niveau de la gestion des stocks et matériels paramédicaux mais aussi le travail autour du lien social et des compétences d'indépendances et d'autonomie

Dans ma structure, je fais principalement du positionnement, des aménagements de l'environnement, la gestion des matériels et des aides techniques, la collaboration avec les différents acteurs extérieurs (revendeurs de matériel, médecin MPR, ortho-prothésiste...)
Nous devons également mettre en place des séances individuelles en fonction des besoins des résidents

Je fais en sorte de réduire les situations de handicap dans les activités de la vie journalière, par le biais d'interventions directes auprès de la personne ou bien sur son environnement matériel et humain (entre autres...)

Multifacette

Référent matériel

Favoriser l'autonomie des résidents, prévenir les escarres et limiter les conséquences du vieillissement

Au sein de la MAS, l'ergothérapeute est un professionnel intervenant pour la qualité de vie des résidents polyhandicapés, en les accompagnants afin de favoriser leur confort, et en maintenant leur autonomie et indépendance dans les actes de la vie quotidienne.

L'ergo est souvent le seul paramédical présent au quotidien (sans compter l'infirmière qui est médical) et le kiné est de plus en plus libéral. Nous sommes donc le lien entre le médical et l'éducatif. Notre travail consiste à adapter et veiller à la bonne installation du résident dans toutes ses activités quotidiennes. Nous sommes en lien constant avec l'équipe éducative pour les projets des résidents ou des projets d'établissement.

Maintien de l'autonomie au quotidien par l'adaptation de l'environnement et de son accompagnement, prévention des régressions, savoir être en relation et communiquer, mettre en place des activités individuelle et de groupe adaptées

L'ergothérapeute a pour objectif de maintenir l'autonomie et d'améliorer le confort des résidents, ainsi que de former et sensibiliser les équipes dans plusieurs domaines (prévention TMS/mauvais positionnement des résidents/risque d'escarres, utilisation du matériel ergo mis à disposition, maintien de l'autonomie etc) + gestion du parc fauteuils (commande, entretien et réparation, création et tenue d'un logiciel de gestion)

- Préconisation et gestion des aides techniques,
- Relation avec les familles très importante
- Préconiser et adapter l'installation de la personne afin de favoriser sa participation, son confort et sa sécurité
- Mettre en place des adaptations favorisant l'autonomie dans les gestes du quotidien et l'engagement dans les activités
- Effectuer des activités à visée rééducative afin de développer et/ou maintenir les capacités motrices, cognitives et sensorielles de l'individu

(sur deux quart temps (une mas et un fam de la même fondation) je n'arrive pas toujours à tout faire)

support technique à l'équipe dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap en vue d'améliorer leur confort, sécurité et autonomie dans les actes de la vie quotidienne

Professionnelle qui a pour but d'améliorer le quotidien des résidents, de maintenir leur indépendance/autonomie (terme défini au cas par cas suivant les résidents) par le biais d'activités, de mise en place de stratégies de compensation, d'aides techniques ou d'adaptation de l'environnement. Professionnelle qui travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire et qui met en place des activités individuelles ou en co-thérapie.

Accompagnement des adultes polyhandicapés en travaillant avec la kinésithérapeute le médecin de rééducation et les prestataires externes pour les installations jour et nuit et le suivi des installations, choix des fauteuils manuels, électriques. En mettant des attelles, en stimulant la marche avec des aides techniques, en favorisant la communication (cahier de pictos, aides techniques), en participant à des sorties (cinéma, plage, transferts de 3 jours)....

Utile et reconnue

Profession clé entre l'équipe éducative et thérapeutique. J'ai pour mission d'améliorer les habiletés, et de promouvoir l'autonomie. J'ai un rôle évaluateur et reéducatif. J'appartiens clairement dans les protocoles, les équipes connaissent bien mon champs de compétences que ça soit sur l'aspect matériel, moteur, cognitif, AVQ etc..

l'ergo est là pour les aspects de positionnement, de stimulation motrice, cognitive et sociale le plus possible dans des AVQ et activités "d'un quotidien de vie" (jardiner, faire des courses...), selon les demandes des résidents et aussi de l'équipe.

Maintien de l'autonomie des résidents, responsable du matériel, préservation des capacités à se déplacer, communiquer et se restaurer, conseil des équipes et lien avec les partenaires

L'ergothérapie passe beaucoup par l'évaluation quotidienne des appareillages et du positionnement des résidents ainsi que par le maintien des capacités motrices et cognitives. Nous pouvant également avoir un champ d'action sur le rappel de la manutention pour les différents professionnels.

Je suis une profession transverse, de support et de soutien pour les résidents, les professionnels et les familles.

Je suis très souvent sollicité pour les questions matériels, les problématiques de positionnement, de troubles cutanés...

M'assurer du bien-être, confort des résidents, du maintien de leurs acquis

Assurer la sécurité et le confort de la personne, maintenir son indépendance dans les activités du quotidien

Professionnel de rééducation (Maintien des capacités motrices et cognitives) et la réadaptation (proposition. D'aménagements adaptés, AT, stratégies) visant à maintenir ou améliorer l'autonomie et l'indépendance des personnes en situation. De handicap .

Une personne qui intervient pour toutes les problématiques autour des résidents

Stimulation de l'autonomie et l'indépendance du résident par le biais reeducation/maintient des capacités motrices, intellectuelles, sensorielles... Par le biais de moyen de compensation, d'adaptation ou aide technique.

Par le biais d' un bon positionnement dans les actes de la vie quotidienne
+ gestion du matériel (FR, Corset siège, chaussures ortho)

Garante de la readaptation.

Multi tâche.

Gestion du matériel thérapeutique, maintien de l'autonomie, rééducation et réadaptation

Travailler sur la réalisation des activites de vie quotidienne en autonomie

Maintien des acquis, accompagnement au quotidien des résidents, apport de solutionse aux équipes lors de problématiques eegothérapeutiques

Aider les résidents à être le plus autonome possible dans leurs AVQ tout en essayant de faciliter au maximum le travail des équipes de proximité ou du moins de veiller à ce que les professionnels ne soient pas en danger dans leur accompagnement quotidien auprès des résidents

un professionnel de santé travaillant en pluridisciplinarité et avec le résident dans le but de le rendre le plus indépendant dans ses activités de la vie quotidienne signifiantes.

poste avec des missions très diversifiées / le poste sera différent en fonction du professionnel

D'après vous, comment les autres professionnels de la structure définissent votre profession ?

41 réponses

Réparateur de fauteuils et même plus, mac gyver, la dame du stock d'assiettes ergo et la maitresse du leve personne.

Métier réduit à l'apparence matérielle : 1job un 1 objet. (Ide=pansement ergo=assiette et fauteuil psychomot=maillot de bain apa=ballon)

Ils me voient comme la bricoleuse des fauteuils roulants, lits médicalisés, etc. Ils m'appellent dès qu'ils ont un problème avec les différentes aides techniques ou appareillages mis en place. C'est la plus grosse partie de mon travail pour eux. Ils peuvent aussi me questionner sur les moyens de communication à mettre en place pour les résidents.

Professionnel de réadaptation et gestion du matériel (réparations, conception et achat en lien avec revendeurs). Aide pour faciliter les AVQ réalisées par les résidents ou par les soignants

Idem (conforme aux ordres de mission des professions)

Professionnel spécialisé en appareillage et pouvant répondre à de nombreuses problématiques que ce soit en terme de matériel, comme d'autres secteurs tels que la communication ou encore la mobilité et ma motricité.

Intervention au sein même des équipes et travail toujours avec un soignant pour faire le lien avec le quotidien du résident et croiser les regards. Les équipes viennent toujours me chercher pour mener des réflexions communes autour de l'indépendance et l'autonomie du résident

Idem

Souvent, les professionnels font appels à moi pour des problèmes de matériel, des évaluations aux repas, des troubles cutanés type escarre et des besoins d'aides techniques mais peu pour des évaluations autres comme transferts, toilette, marche...

Intervenant beaucoup sur le matériel et qui propose des interactions entre les résidents par le biais d'interventions variées

La personne a appelé dès qu'un problème se pose dans toutes les sphères de la vie quotidienne des résidents

Mon rôle de préconisation et de maintenance du matériel (aides techniques des résidents en particulier) est celui qui revient le plus car c'est celui qui je pense est le plus visible par les équipes. En général mes collègues me présentent comme étant "la personne qui fait que les résidents soient plus autonomes et qui gère le matériel"

Polyvalente

Gestion matériel / fauteuils

Répare les fauteuils, veille aux bons gestes et postures, trouve du matériel pour faciliter le travail des soignants

Pour la plupart, la profession est très fortement tournée vers tout ce qui touche au matériel, à l'installation, au suivi orthopédique... Mais plusieurs d'entre eux sont également sensibilisés aux autres compétences de la profession tel que le maintien de l'autonomie/indépendance, la recherche d'activités significatives et significatives

Souvent nous sommes présentés aux stagiaires comme ceux qui "s'occupe du matériel" donc dès qu'il y a une question sur un changement d'installation ou la casse d'un matériel...c'est vers nous que les équipes se tournent. Pour des questions de repas, d'adaptations, de changement de texture....pour des adaptations lors des activités sportives ou artistiques...

professionnel de l'autonomie, passerelle pour commander du matériel (aides techniques) ou fournir de l'outillage, parfois décorateur de l'établissement

Certains (la majorité quand même) comme ma définition, mais d'autres comme Bob le bricoleur et/ou la fée du logis (j'ai des demandes de temps en temps sorties de nul part, à ce moment là je leur dis que je ne suis qu'ergothérapeute...)

"Bob la bricoleuse" Viennent me solliciter pour tout matériel, pour toujours trouver une solution de positionnement ou de manutention, aides techniques

de la même manière

Professionnelle qui a pour but d'améliorer le quotidien des résidents (trouve des solutions aux problèmes rencontrés)

Celle qu'on peut appeler si souci technique avec le matériel, qui fait marcher les résidents....

Utile surtout pour les fauteuils

L'ergo c'est celle qui répare tout et qui a une solution matériel à tout! Et qui gère les apprentissages lorsqu'il y a des problèmes dans les activités de vie quotidienne. Elle fait aussi des aménagements de studio.

vision très "bricolothérapeute" / trouver des solutions techniques astucieuses, facteur de lien, et d'encouragement dans le vécu du handicap au quotidien (aspects moteurs notamment), et aussi quand même :-(animation pour certains.

Réparation de fauteuils, préconisations d'aides techniques, évaluation de l'autonomie

Les autres professionnels voient l'ergothérapie comme du bricolage au premier abord. Puis après explications pour certains ils comprennent l'intérêt de séances de rééducation.

Couteau Suisse

Mme matériel...

De la même manière.

Recherche la fonctionnalité - attribution d'AT - autonomie au quotidien

Je ne sais pas

S'occupe du matériel et du positionnement

Mc gyver.

À appeler des qu'il y a un problème sans chercher plus loin

Souvent limité au matériel

Mise en place des adaptations nécessaires à la réalisation des activités de vie quotidienne

Mise en place des adaptations nécessaires à la réalisation des activités de vie quotidienne

De manière assez similaire de la mienne grâce à des échanges et des concertations d'avis et de points de vue

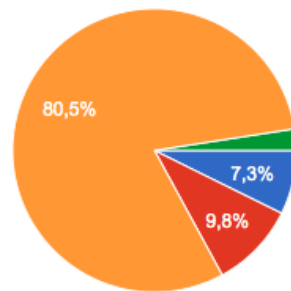
De façon réductrice, sûrement en disant que je répare les fauteuils roulants

un professionnel de santé polyvalent travaillant dans le but du bien être des résidents

"MacGyver" ou encore "bob le bricoleur" pour certains, parce qu'il y a une part de gestion de matériel et d'invention/ de création d'outils/aide technique/activité...

Selon vous, votre légitimité vient de ?

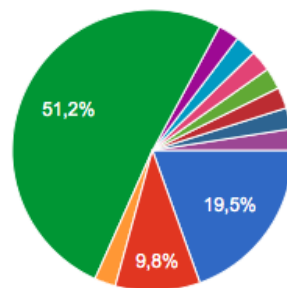
41 réponses



- Votre statut d'ergothérapeute
- Vos actes
- Les deux
- surtout les actes et la posture "attentif et flexible" à la situation. bien sûr le statut d'ergo est important aussi quand même...

Les liens professionnels créés sont-ils fait ?

41 réponses

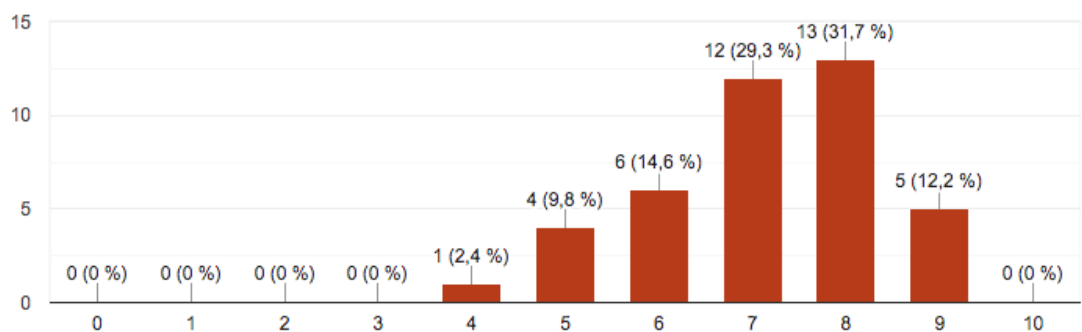


- En fonction des affinités
- En fonction de la proximité géographi...
- En fonction d'une perspective d'évolut...
- En fonction des compétences
- En fonction de l'intérêt du résident
- En fonction de ce qu'on peut faire ens...
- des compétences et des caractères (j)...
- En fonction des besoins des résidents

▲ 1/2 ▼

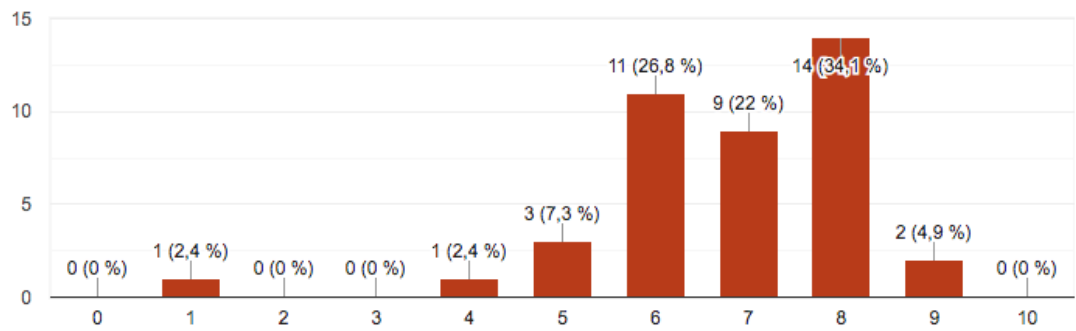
Comment qualifieriez-vous votre pouvoir d'action ?

41 réponses



Comment qualifieriez-vous votre pouvoir de décision ?

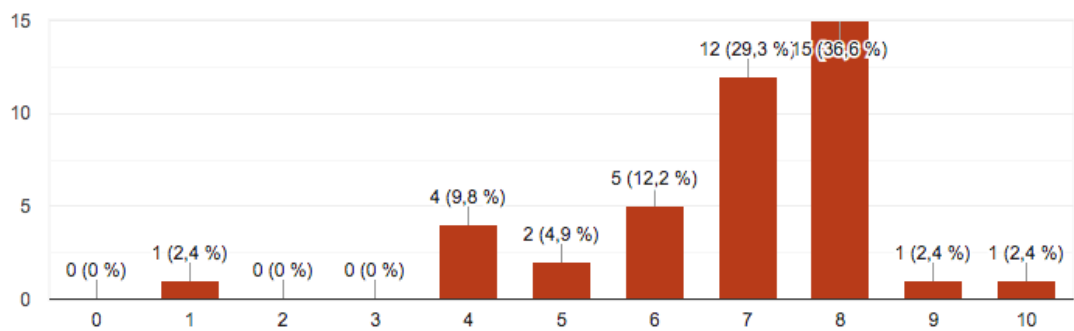
41 réponses



Comment évaluez-vous votre reconnaissance professionnelle ?

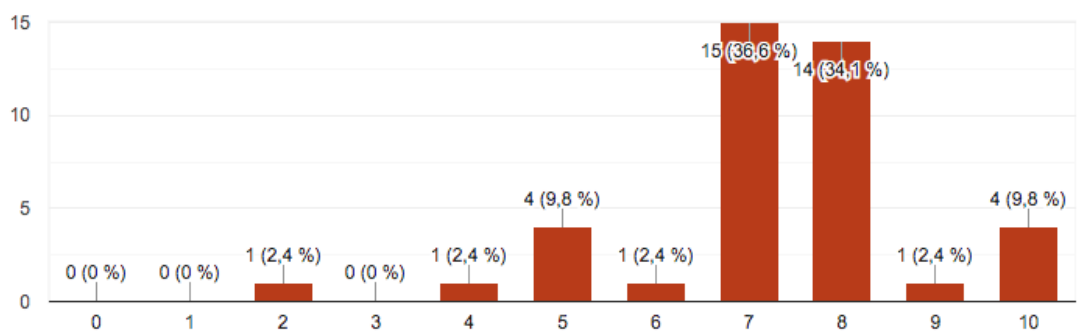


41 réponses



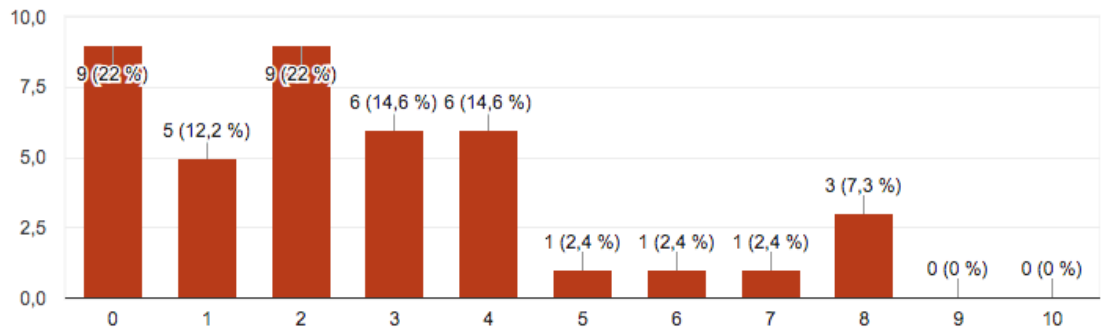
Votre environnement de travail est-il stimulant ?

41 réponses



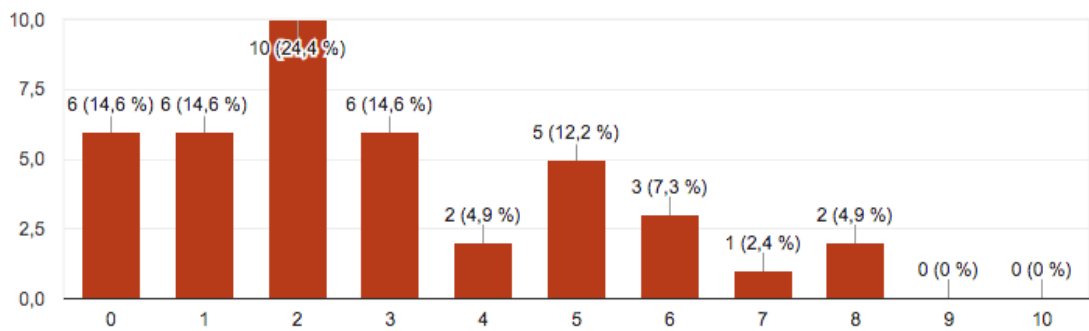
Ressentez-vous un désengagement dans votre profession ?

41 réponses



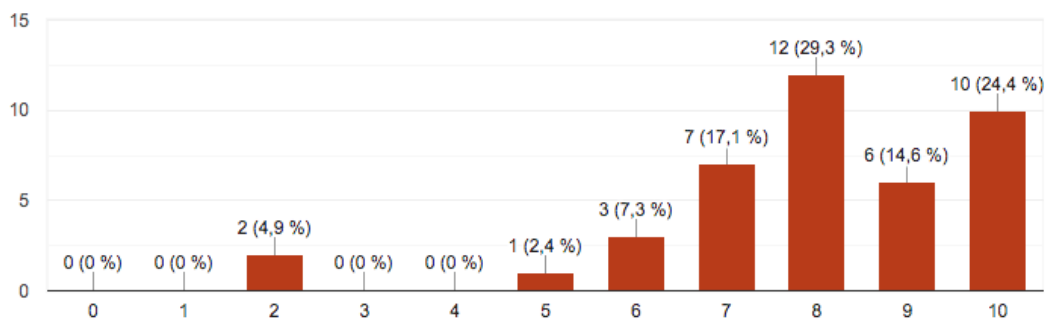
Ressentez-vous un désengagement dans la création de lien professionnel ?

41 réponses



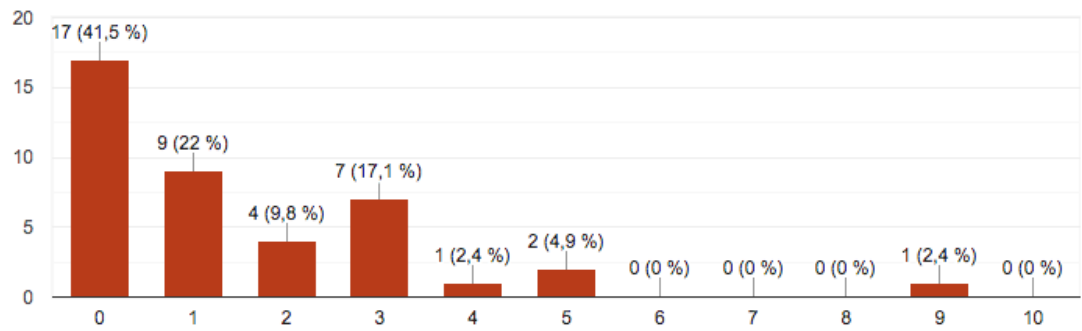
Comment quantifiez-vous l'importance de la valeur "solidarité" vis-à-vis de l'équipe ?

41 réponses



Vous sentez-vous moins qualifié que le reste de l'équipe ?

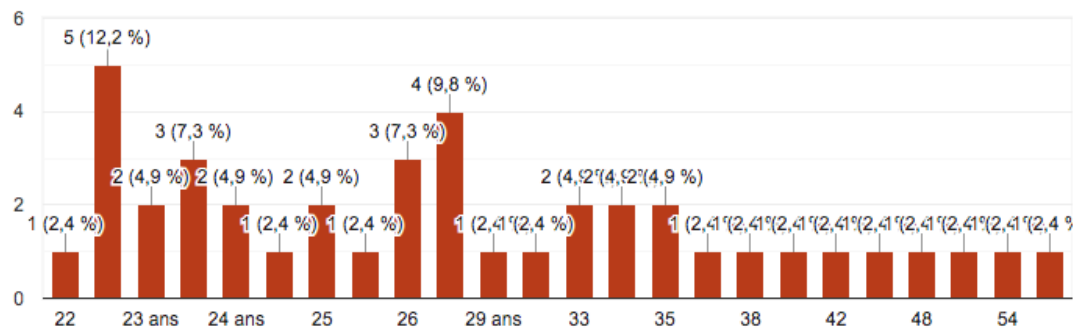
41 réponses



Informations générales

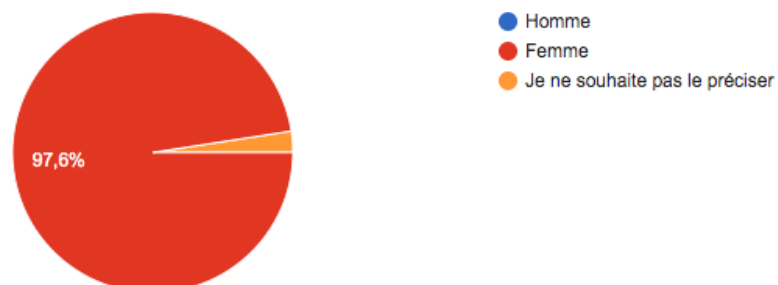
Quel âge avez-vous ?

41 réponses



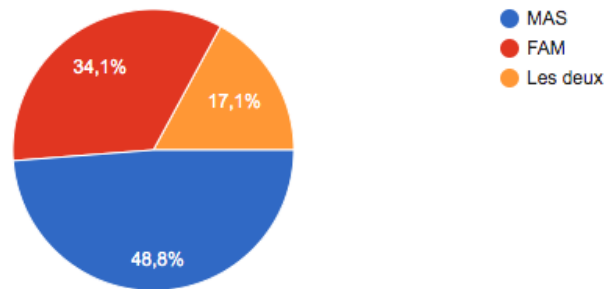
Êtes-vous un homme ou une femme ?

41 réponses



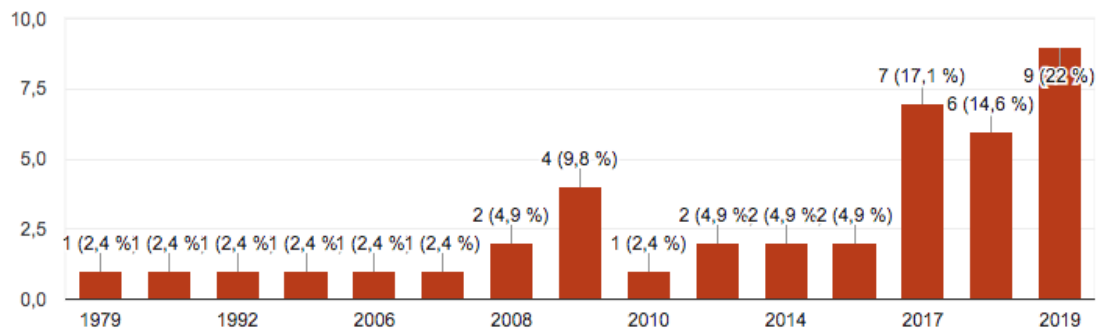
Travaillez-vous dans un FAM ou dans une MAS ?

41 réponses



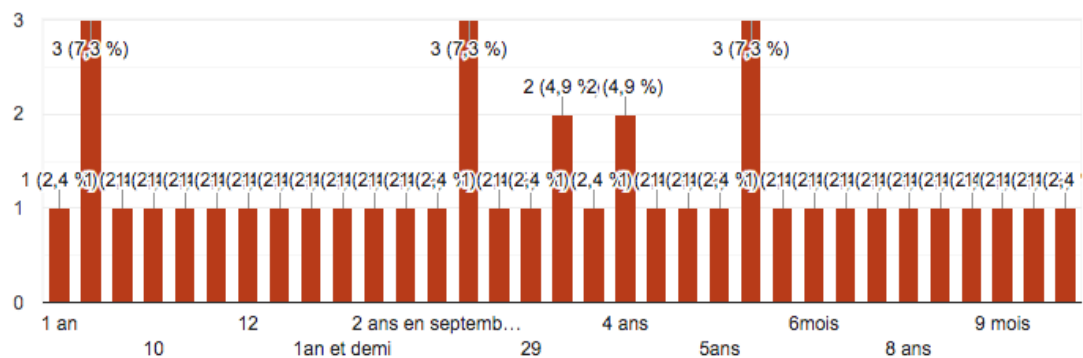
En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'état d'ergothérapie ?

41 réponses



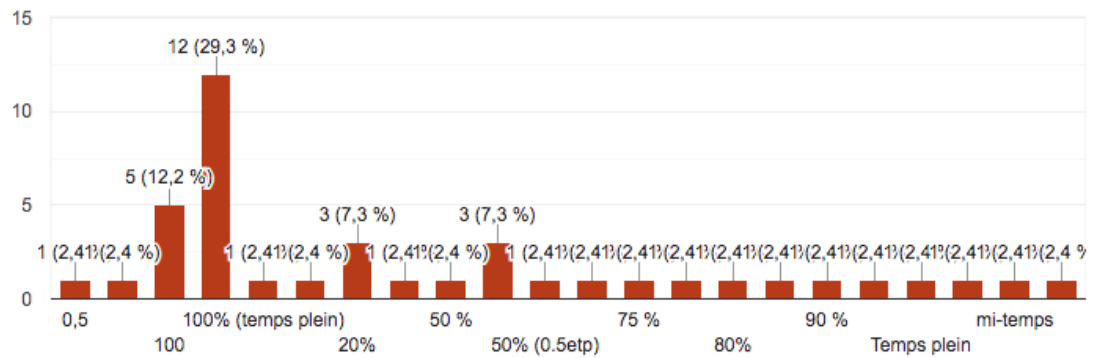
Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre structure actuelle ?

41 réponses



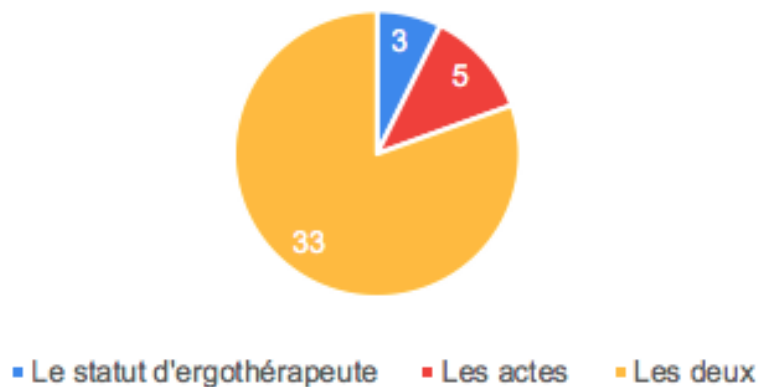
Quel est votre pourcentage de temps de travail ?

41 réponses



Annexe 9 : Source de la légitimité des ergothérapeutes en FAM et MAS

Sources de la légitimité des ergothérapeutes en FAM et MAS



On peut voir dans ce diagramme circulaire que selon trois personnes leur légitimité vient de leur statut d'ergothérapeute. On parle alors d'identité professionnelle a priori. Pour 5 personnes, cela viendrait plutôt de leurs actes. Il s'agit d'identité professionnelle a posteriori. Puis pour 33 personnes, la légitimité viendrait à la fois des deux. L'identité professionnelle est dans ce cas mixte.

Annexe 10 : Moyenne de la population pour les neufs critères de l'identité professionnelle

Le pouvoir d'action :

Pour la question : « Comment qualifieriez-vous votre pouvoir d'action ? » Sur une échelle linéaire de 0 (nul) à 10 (fort), la moyenne de la population est de 7,1

Le pouvoir de décision :

Pour la question : « Comment qualifieriez-vous votre pouvoir de décision ? » Sur une échelle linéaire de 0 (nul) à 10 (fort), la moyenne de la population est de 6,8

La reconnaissance professionnelle :

Pour la question : « Comment évaluez-vous votre reconnaissance professionnelle ? » Sur une échelle linéaire de 0 (nulle) à 10 (forte), la moyenne de la population est de 6,7

Environnement de travail stimulant :

Pour la question : « Votre environnement de travail est-il stimulant ? » Sur une échelle linéaire de 0 (pas de tout) à 10 (beaucoup), la moyenne de la population est de 7,3

Désengagement dans la profession :

Pour la question : « Ressentez-vous un désengagement dans votre profession ? » Sur une échelle linéaire de 0 (pas du tout) à 10 (beaucoup), la moyenne de la population est de 2,7

Désengagement dans les relations professionnelles :

Pour la question : « Ressentez-vous un désengagement dans la création de lien professionnel ? » Sur une échelle linéaire de 0 (pas du tout) à 10 (beaucoup), la moyenne de la population est de 2,9

Importance de la solidarité :

Pour la question : « Comment quantifiez-vous l'importance de la valeur "solidarité" vis-à-vis de l'équipe ? » Sur une échelle linéaire de 0 (nulle) à 10 (forte), la moyenne de la population est de 7,8

Sentiment d'être moins qualifié :

Pour la question : « Vous sentez-vous moins qualifié que le reste de l'équipe ? » Sur une échelle linéaire de 0 (pas du tout) à 10 (beaucoup), la moyenne de la population est de 1,4

Annexe 11 : Tableau de corrélation de Spearman

Corrélations			Coopération	Identitépro	Âge	ExperienceproFAMMAS
Rho de Spearman	Coopération	Coefficient de corrélation	1,000 ^{H1}	,259	,076	,231
		Sig. (bilatéral)	.	,103	,638	,146
		N	41	41	41	41
	Identitépro	Coefficient de corrélation	,259	1,000	,114	,262
		Sig. (bilatéral)	,103	.	,477	,098
		N	41	41	41	41
	Âge	Coefficient de corrélation	,076 ^{H2}	,114	1,000	,698 ^{**}
		Sig. (bilatéral)	,638	,477	.	,000
		N	41	41	41	41
	ExperienceproFAMMAS	Coefficient de corrélation	,231 ^{H3}	,262	,698 ^{**}	1,000
		Sig. (bilatéral)	,146	,098	,000	.
		N	41	41	41	41

^{**}. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

H1 :

Pour déterminer le coefficient de corrélation de Spearman, les données des variables « coopération » et « identité professionnelle » sont mises en rang. Ainsi chaque individu aura un rang pour chaque variable.

Pour la variable C, un rang faible est synonyme de la modalité Ct et Ci. Un rang élevé est synonyme de la modalité Cp.

Pour la variable Ip, un rang faible est synonyme des modalités IpF, IpN et IpA. A contrario, un rang élevé est synonyme des modalités IpR, IpE et IpB.

Ainsi si les individus qui obtiennent un rang élevé pour la variable C, obtiennent aussi un rang élevé pour la variable Ip la corrélation sera positive. C'est la valeur de rho qui détermine la puissance de cette corrélation.

Ici la valeur de rho est de 0,259 avec $p = 0,103 > \alpha$. Ceci indique une corrélation faible positive mais non significative.

H2 :

Pour obtenir le coefficient de corrélation de Spearman, la même procédure de mise en rang est appliquée. Les rangs de la variable Ip sont identiques. Quant à la variable « âge des ergothérapeutes », un rang faible signifie un âge faible, un rang élevé signifie un âge élevé.

Ainsi si les individus qui obtiennent un rang élevé pour la variable « âge des ergothérapeutes », obtiennent aussi un rang élevé pour la variable Ip alors la corrélation est positive.

Pour cette hypothèse, la valeur de rho est de 0,114 avec $p = 0,477 > \alpha$. Il existe une très faible corrélation positive entre ces deux variables mais non significative.

H3 :

De la même manière que les deux hypothèses précédentes, une mise en rang est effectuée. Les rangs pour la variable Ip sont identiques. En ce qui concerne la variable « expérience des ergothérapeutes dans la structure » les rangs sont les suivants : un rang faible est synonyme d'une faible expérience, un rang élevé est synonyme d'une expérience plus élevée.

Ainsi si les individus qui obtiennent un rang élevé pour la variable « expérience des ergothérapeutes dans la structure », obtiennent aussi un rang élevé pour la variable Ip alors la corrélation est positive.

Ici rho est de 0,262 avec $p = 0,98 > \alpha$. Il existe une faible corrélation positive non significative entre ces deux variables

Annexe 12 : Étapes du Khi2 pour H1

Tableau de contingence H1								
	De négociation	mixte négocia	De retrait	Affinitaire	Fusionnelle	Exclusion	Bloquée	Total
Interprofessionnelle	19	7	2	1	0	0	0	29
Mixte interprofessionnelle/tr	8	0	0	1	0	0	0	9
Mixte pluriprofessionnelle/In	1	0	0	0	0	0	0	1
Transprofessionnelle	1	0	0	0	0	0	0	1
Mixte pluriprofessionnelle/tr	1	0	0	0	0	0	0	1
Pluriprofessionnelle	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	30	7	2	2	0	0	0	41

Tableau théorique H1							
8,7	2,03	0,58	0,58	0	0	0	
2,7	0,63	0,18	0,18	0	0	0	
0,3	0,07	0,02	0,02	0	0	0	
0,3	0,07	0,02	0,02	0	0	0	
0,3	0,07	0,02	0,02	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	

Calcul de la valeur du Khi2 H1							
12,19425287	12,16793103	3,4765517	0,3041379	0	0	0	
10,4037037	0,63	0,18	3,7355556	0	0	0	
1,633333333	0,07	0,02	0,02	0	0	0	
1,633333333	0,07	0,02	0,02	0	0	0	
1,633333333	0,07	0,02	0,02	0	0	0	kh2 = 48,322133
0	0	0	0	0	0	0	ddl : 30

Le test du Khi2 permet d'obtenir la valeur du Khi2. Ici la valeur est de 48,3. Avec un degré de liberté de 30 et pour une marge d'erreur de 5%, la valeur critique du Khi2 est de 43,77 (Cf. Annexe 13).

Ainsi 48,3 étant supérieur à 43,77, il existe une relation statistique entre les variables « modalités de coopération » et « identités professionnelles » significative à 95%.

Annexe 13 : Étapes du Khi2 pour H2

Tableau de contingence H2									
identité/âge	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
De négociation	13	6	4	2	2	1	1	0	1
mixte négociation/affinitaire	3	0	2	1	0	1	0	0	0
De retrait	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Affinitaire	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Fusionnelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Exclusion	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bloquée	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	17	8	7	3	2	2	1	0	1

Tableau théorique H2									
5,1	2,4	2,1	0,9	0,6	0,6	0,3	0	0,3	
1,19	0,56	0,49	0,21	0,14	0,14	0,07	0	0,07	
0,34	0,16	0,14	0,06	0,04	0,04	0,02	0	0,02	
0,34	0,16	0,14	0,06	0,04	0,04	0,02	0	0,02	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Calcul de la valeur du Khi2 H2									
12,2372549	5,4	1,71904762	1,34444444	3,26666667	0,26666667	1,63333333	0	1,63333333	
2,75302521	0,56	4,65326531	2,97190476	0,14	5,28285714	0,07	0	0,07	
1,28117647	0,16	5,28285714	0,06	0,04	0,04	0,02	0	0,02	
0,34	21,16	0,14	0,06	0,04	0,04	0,02	0	0,02	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	
									Khi2 = 72,725833
									ddl : 48

Ici la valeur du Khi2 est de 72,7. Avec un degré de liberté de 48 et pour une marge d'erreur de 5%, la valeur critique du Khi2 est 65,17 (Cf. Annexe 13).

Avec $72,7 > 65,17$, il existe une relation statistique entre les variables « âge de des ergothérapeutes » et « identités professionnelles » significative à 95% (Cf. Annexe 11).

Annexe 14 : Étapes du Khi3 pour H3

Tableau de contingence H3								
identité/expérience	≤1ans	1ans<xs5ans	5ans<X≤10ans	10ans<X≤15ans	15ans<X≤20ans	20ans<X≤25ans	25ans<X≤30ans	Total
De négociation	10	16	3	1	0	0	0	30
mixte négociation/affinitaire	3	1	1	1	0	0	1	7
De retrait	1	0	0	1	0	0	0	2
Affinitaire	0	2	0	0	0	0	0	2
Fusionnelle	0	0	0	0	0	0	0	0
Exclusion	0	0	0	0	0	0	0	0
Bloquée	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	14	19	4	3	0	0	1	41

Tableau théorique H3							
4,2	5,7	1,2	0,9	0	0	0	0,3
0,98	1,33	0,28	0,21	0	0	0	0,07
0,28	0,38	0,08	0,06	0	0	0	0,02
0,28	0,38	0,08	0,06	0	0	0	0,02
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0

Calcul de la valeur du Khi2 H3							
8,00952381	18,6122807	2,7	0,01111111	0	0	0,3	
4,16367347	0,0818797	1,85142857	2,97190476	0	0	12,3557143	
1,85142857	0,38	0,08	14,72666667	0	0	0,02	
0,28	6,90631579	0,08	0,06	0	0	0,02	
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	
							Khi2 = 75,4619274
							ddl : 36

Pour le test du Khi2, la valeur du Khi2 est de 75,4. Avec un degré de liberté de 36 et pour une marge d'erreur de 5%, la valeur critique du Khi2 est de 51,0 (Cf. Annexe 13).

Avec $75,4 > 51,0$, il existe une relation statistique entre les variables « expérience des ergothérapeutes dans la structure » et « identités professionnelles » significative à 95%.

De plus pour un degré de liberté de 36 et une marge d'erreur de 1%, la valeur critique est de 67,99. La relation statistique est donc significative à 99%.

Annexe 15 : Table du Khi2

n	a = 0.05	a = 0.01	a = 0.001	
30	43.77	50.89	59.70	H1
31	44.99	52.19	61.10	
32	46.19	53.49	62.49	
33	47.40	54.78	63.87	
34	48.60	56.06	65.25	
35	49.80	57.34	66.62	
36	51.00	58.62	67.99	H3
37	52.19	59.89	69.35	
38	53.38	61.16	70.71	
39	54.57	62.43	72.06	
40	55.76	63.69	73.41	
41	56.94	64.95	74.75	
42	58.12	66.21	76.09	
43	59.30	67.46	77.42	
44	60.48	68.71	78.75	
45	61.66	69.96	80.08	
46	62.83	71.20	81.40	
47	64.00	72.44	82.72	
48	65.17	73.68	84.03	H2
49	66.34	74.92	85.35	
50	67.51	76.15	86.66	
51	68.67	77.39	87.97	
52	69.83	78.62	89.27	
53	70.99	79.84	90.57	
54	72.15	81.07	91.88	
55	73.31	82.29	93.17	
56	74.47	83.52	94.47	
57	75.62	84.73	95.75	

Résumé et mots-clefs

Résumé : Il est apparu un constat, celui que les actes réalisés par les ergothérapeutes dans les FAM et les MAS étaient souvent limités à un aspect matériel. Ceci interrogeant l'identité même de l'ergothérapeute. En parallèle un deuxième constat a été fait, celui que les ergothérapeutes ne travaillent pas seuls et ont besoin de travailler en équipe. Par conséquent, l'objectif de cette recherche est de savoir en quoi les différentes modalités de coopération influencent l'identité professionnelle des ergothérapeutes dans les FAM et les MAS. Une méthode différentielle et une analyse statistique sont réalisées sur 41 ergothérapeutes. Les principaux résultats montrent que dans les FAM et les MAS où l'interdisciplinarité est présente, les ergothérapeutes présenteraient des identités professionnelles qui seraient stimulées par l'environnement, propices aux échanges, reconnues et déterminées à faire évoluer la profession. La principale limite de cette recherche est la faible cohorte ce qui rend les résultats non généralisables.

Mots-clefs : Maison d'accueil spécialisé, foyer d'accueil médicalisé, ergothérapie, identité professionnelle, coopération.

Abstract and key words

Abstract: It was found that the skilled acts performed by occupational therapists in residential care home for disabled adults in need of nursing services were often reduced to features related to handling materials, questioning occupational therapists' professional identity. On the other hand, a second observation was made that occupational therapists do not work alone and need to work in teams. The aim of this research is to find out what forms of cooperation influence occupational therapists' identity in residential care home. A differential method and statistical analysis were carried with 41 occupational therapists. The main results show that when interdisciplinarity is acted, occupational therapists show professional identities that are stimulated by the environment, conducive to exchanges, acknowledged and committed to the development of the profession. The main limitation of this research is the small cohort sample.

Key words: Residential care home, cooperation, occupational therapy, professional identity

Retour : Haut du document