HAL
open science

L'ergothérapie dans le champ des professions paramédicales : positions, prises de position et représentations

Claude Wagner

To cite this version:

Claude Wagner. L'ergothérapie dans le champ des professions paramédicales : positions, prises de position et représentations. Sociologie. Université Paul Verlaine - Metz, 2004. Français. NNT : 2004METZ005L . tel-01750109

HAL Id: tel-01750109

https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01750109

Submitted on 29 Mar 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE - METZ
N° inv. 2004022L
Cote L/M3 04/05
Loc

UNIVERSITE DE METZ

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET ARTS
Ile de Saulcy
57 045 Cedex 1

Ecole Doctorale
"Perspectives interculturelles :
écrits, médias, espaces, sociétés"

L'ERGOTHERAPIE DANS LE CHAMP DES PROFESSIONS PARAMEDICALES : POSITIONS, PRISES DE POSITION ET REPRESENTATIONS

THESE POUR LE DOCTORAT DE SOCIOLOGIE
PRESENTEE ET SOUTENUE PAR CLAUDE WAGNER

SOUS LA DIRECTION DE JEAN YVES TREPOS
PROFESSEUR A L'UNIVERSITE DE METZ

AUTRES MEMBRES DU JURY :
JEAN CLAUDE COMBESSIE, PROFESSEUR A L'UNIVERSITE PARIS VIII
HELENE HERNANDEZ, DIRECTRICE TECHNIQUE DE L'INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE DE CRETEIL (UNIVERSITE PARIS XII, VAL DE MARNE)
PHILIP MILBURN, MAÎTRE DE CONFERENCES (HDR) A L'UNIVERSITE DE METZ
FRANCOIS STEUDLER, PROFESSEUR A L'UNIVERSITE MARC BLOCH DE STRASBOURG

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE DE METZ
031 536106 9

ANNEE 2004

UNIVERSITE DE METZ

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET ARTS
Ile de Saulcy
57 045 Cedex 1

Ecole Doctorale
"Perspectives interculturelles :
écrits, médias, espaces, sociétés"

L'ERGOTHERAPIE DANS LE CHAMP DES PROFESSIONS PARAMEDICALES : POSITIONS, PRISES DE POSITION ET REPRESENTATIONS

THESE POUR LE DOCTORAT DE SOCIOLOGIE
PRESENTEE ET SOUTENUE PAR CLAUDE WAGNER

SOUS LA DIRECTION DE JEAN YVES TREPOS
PROFESSEUR A L'UNIVERSITE DE METZ

AUTRES MEMBRES DU JURY :
JEAN CLAUDE COMBESSIE, PROFESSEUR A L'UNIVERSITE PARIS VIII
HELENE HERNANDEZ, DIRECTRICE TECHNIQUE DE L'INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE DE CRETEIL (UNIVERSITE PARIS XII, VAL DE MARNE)
PHILIP MILBURN, MAÎTRE DE CONFERENCES (HDR) A L'UNIVERSITE DE METZ
FRANCOIS STEUDLER, PROFESSEUR A L'UNIVERSITE MARC BLOCH DE STRASBOURG

ANNEE 2004

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE 1

PREMIERE PARTIE
PRESENTATION DE L'OBJET

CHAPITRE I : LA PROBLEMATIQUE, LES CONCEPTS ET LES HYPOTHESES 12

1. ADOPTER UNE DEMARCHE SOCIOLOGIQUE 12
1.1. Les difficultés pour étudier une profession 13
1.2. L'objet sociologique « profession » est différent d'un problème social 15
1.3. L'objet sociologique doit être construit 16
1.4. Le choix d'une démarche 17
2. CONCEPTS ET HYPOTHESES 19
2.1. L'élaboration des concepts 20
2.2. Enoncé des hypothèses 31

CHAPITRE II : LA COLLECTE ET LE TRAITEMENT DES DONNEES 35

1. ENTRETIEN ET ETUDE DE TEXTES 35
1.1. De la nécessité de sélectionner l'information 36
1.2. L'entretien semi-directif 37
1.3. Etude de textes 40
2. LE QUESTIONNAIRE 42
2.1. Le choix de l'échantillon 42
2.2. La structure du questionnaire 44
2. 3. Exploitation du questionnaire 49
CONCLUSION 51

DEUXIEME PARTIE

LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE FACE A LA QUESTION DES COMPETENCES

CHAPITRE I : QUELS CRITERES ADOPTES POUR DEFINIR UNE PROFESSION ? 54

1. LA PROFESSION VUE PAR LES AUTEURS ANGLO-AMERICAINS 55
1.1. L'apport d'auteurs issus de différents courants sociologiques 55
1.2. De « l'occupation » à la « profession » : l'exemple du médecin 58
1.3. La question de l'autonomie professionnelle 59
1.4. Qu'est-ce qu'une profession paramédicale ? 60
2. LA PROFESSION AU SENS DE L'INSEE 62
2.1. Les ergothérapeutes dans la nomenclature des PCS 62
2.2. L'ergothérapie au regard de 4 critères de classification 66

CHAPITRE II : COMMENT DEFINIR L'ERGOTHERAPIE ? 80

1. CERNER LES CONTOURS DE LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE 80
1.1. L'ergothérapie se limite-t-elle à une thérapie par le travail ? 81
1.2. Des définitions multiples pour cerner les différents aspects de la discipline 83
1.3. Historique de l'ergothérapie : l'autonomie comme objectif thérapeutique 84
2. PERCEPTION DE L'ERGOTHERAPIE PAR LES ERGOTHERAPEUTES 88
2.1. Le patient au cœur de la prise en charge thérapeutique 89
2.2. La composante « globale » de l'ergothérapie est-elle privilégiée dans les instituts sur la composante « atomiste » ? 93
2.3. La découverte progressive des différents contours de l'ergothérapie par les étudiants 94
2.4. Le point de vue de l'ANFE sur les cadres d'intervention de l'ergothérapeute 97
2.5. Une approche plus officielle des pratiques en ergothérapie à travers le décret d'actes et l'inscription au Code de la Santé publique 99
3. UNE PROFESSION EN EVOLUTION 102
3.1. Une profession qui se situe entre le médical et le social 102
3.2. Les freins à l'évolution de la profession 106

CHAPITRE III : LA QUESTION DES FRONTIERES DES COMPETENCES 113

1. LES COMPETENCES DES ERGOTHERAPEUTES EN REEDUCATION 113
1.1. L'ergothérapie face à la kinésithérapie et à la psychomotricité 114
1.2. Les ergothérapeutes cherchent à valoriser leurs compétences 117
2. LES COMPETENCES DES ERGOTHERAPEUTES EN PSYCHIATRIE 120
2.1. Quel rôle pour les ergothérapeutes en psychiatrie ? 120
2.2. Donner un sens aux activités proposées en psychiatrie 122
3. DE NOUVEAUX BESOINS, DE NOUVELLES INTERVENTIONS 126
3.1. Les compétences des ergothérapeutes débouchent sur la sphère sociale 127
3.2. Rôle des ergothérapeutes dans les structures d'intervention à domicile 128
3.3. Le cas particulier des ESVAD et des SRAI 132
4. L'EVOLUTION DES COMPETENCES DES ERGOTHERAPEUTES EN FONCTION DES POSTES OCCUPES 139
4.1. Vers une forme de polyvalence dans les compétences des ergothérapeutes ? 140
4.2. Compétences mobilisées en fonction du lieu de travail 141
4.3. La mobilisation des compétences au sein des équipes pluridisciplinaires ou interdisciplinaires 142

CHAPITRE IV : L'ERGOTHERAPIE, UNE PROFESSION DEFINITIVEMENT CLASSEE ? 150

1. LES LIMITES DE LA CLASSIFICATION EN PCS 151
1.1. La classification par PCS est d'abord une construction statistique 151
1.2. Les enjeux liés à la classification par PCS 154
2. RAPPORTS DE LUTTE ET RAPPORTS DE DOMINATION 156
2.1. Les inégalités dans la distribution des positions 156
2.2. Construction statistique et représentation 157
3. DEPASSER LA CLASSIFICATION EN PCS 159
3.1. La légitimité de chacun des agents qui composent le champ 159
3.2. Règles du jeu et stratégies 162
3.3. L'administration prenant en compte les contraintes économiques 164

CHAPITRE V : LES ERGOTHERAPEUTES, UN GROUPE MOBILISE ? 166

1. LA CLASSIFICATION COMME ELEMENT DE MOBILISATION ? 167
1.1. Le caractère contradictoire du classement dans la détermination d'un groupe réel 167
1.2. Les rapports professionnels accentuent le sentiment d'appartenance à un groupe 168

2. LE ROLE DES REPRESENTANTS DES ERGOTHERAPEUTES DANS LA MOBILISATION DES ERGOTHERAPEUTES 172
2.1. L'implication des représentants des ergothérapeutes dans le champ 172
2.2. Des difficultés pour les représentants des ergothérapeutes à mobiliser les ergothérapeutes autour de la promotion de la profession 174
2.3. L'engagement inégal des ergothérapeutes 178
2.4. Transformer l'intérêt individuel en intérêt collectif 184
3. LES STRATEGIES ADOPTEES PAR LES REPRESENTANTS DES ERGOTHERAPEUTES 185
3.1. Le souci de communiquer 186
3. 2. Renforcer les liens institutionnels 196
3. 3. L'obligation de négocier 200
4. L'APPROCHE PLURIDIMENSIONNELLE DE LA POSITION DES ERGOTHERAPEUTES 207
4.1. Découpage en classe 207
4.2. La représentation des classes autour de trois facteurs principaux 209
CONCLUSION 212

TROISIEME PARTIE

LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE FACE A LA REGULATION BUREAUCRATIQUE ET AUX CONTRAINTES ECONOMIQUES

CHAPITRE I : LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE SOUS LA TUTELLE ADMINISTRATIVE 215

1. LA PERMANENCE DE L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE 216
1.1. L'ergothérapeute sous la dépendance de différentes organisations administratives 216
1.2. Directives administratives et travail au quotidien 218
2. LES ENJEUX RELATIFS AUX PRATIQUES ET AUX ACTES PROFESSIONNELS 220
2.1. Premier enjeu: la question des pratiques professionnelles des ergothérapeutes 220
2.2. Deuxième enjeu : la question du remboursement des actes en ergothérapie 227
3. LES ENJEUX LIES A LA REORGANISATION DES SOINS ET DES ETUDES PARAMEDICALES 231
3.1. Premier enjeu : la réorganisation du système de soins 231
3.2. Deuxième enjeu : la réforme des études paramédicales 236

CHAPITRE II : LA CONSTRUCTION DU CHAMP ADMINISTRATIF 241

1. HISTORIQUE DU CHAMP ADMINISTRATIF 241
1.1. Eléments de reconnaissance d'une profession 242
1.2. La question du monopole de la maîtrise des pratiques professionnelles 244
2. LE POUVOIR REGALIEN DE L'ADMINISTRATION 245
2.1. L'administration soumise au politique a une capacité à imposer ses vues 246
2.2. L'administration qui impose un statu quo participe à la reproduction des positions 250
3. LES GRANDES ORIENTATIONS PRISES PAR L'ADMINISTRATION SUR LA QUESTION DU HANDICAP
3.1. La loi de 1975 est un exemple d'engagement du politique et de l'administration dans la prise en charge du handicap 252
3.2. L'implication de l'administration dans la prise en charge des personnes âgées 255
4. EXERCICE LIBERAL ET RELATION A L'ADMINISTRATION 261
4.1. Les difficultés de se faire rembourser les actes en tant qu'ergothérapeute libéral 261
4.2. Une charte déontologique comme exemple de réponse à donner à l'administration 262
5. STATUT DES SOIGNANTS ET ADMINISTRATION HOSPITALIERE 264
5.1. L'administration hospitalière s'engage dans des réformes sur le modèle des entreprises privées 264
5.2. La gestion prévisionnelle a des conséquences sur la redistribution des compétences 266
5.3. Les ergothérapeutes face au dispositif de gestion prévisionnelle 270
6. LES ERGOTHERAPEUTES, AGENTS DE LEUR PROPRE PROMOTION ? 272
6.1. Les ergothérapeutes subissent-ils les directives imposées par l'administration ? 272
6.2. La promotion de l'ergothérapie passe-t-elle par le secteur associatif ? 276

CHAPITRE III : L'ERGOTHERAPIE SOUS L'INFLUENCE DES CONTRAINTES ECONOMIQUES 280

1. LA PRISE EN COMPTE DU FACTEUR ECONOMIQUE 281
1.1. La perception des contraintes économiques par les ergothérapeutes 281
1.2. Des informations économiques largement diffusées et propagées 283
2. LA RATIONALITE ECONOMIQUE AU SERVICE DE L'ACTE THERAPEUTIQUE ? 286
2.1. La maîtrise des dépenses comme discours de référence 286
2.2. La modélisation des dispositifs administratifs de rationalisation des dépenses de santé 289
2.3. Un dispositif de prise en charge des patients au gré des choix comptables 292
3. ASPECT ECONOMIQUE DU MAINTIEN A DOMICILE 295
3.1. La personne âgée objet de toutes les attentions 295
3.2. Déficience et handicap, une question de définition 297
3.3. La capacité d'expertise des ergothérapeutes en matière de maintien à domicile 299

CHAPITRE IV : L'ERGOTHERAPIE ET LA QUESTION DES RAPPORTS A L'ADMINISTRATION ET AUX AUTRES PROFESSIONS 305

1. L'EXISTENCE DES ERGOTHERAPEUTES EN TANT QUE PROFESSION 306
1.1. De la maîtrise technique au statut professionnel 306
1.2. Des compétences à valoriser 308
2. LES ERGOTHERAPEUTES ENTRE BESOIN DE RECONNAISSANCE ET AFFIRMATION DE NOUVELLES COMPETENCES
2.1. Le besoin de reconnaissance constitutif du groupe professionnel « ergothérapeute » ? 310
2.2. Vers le « modèle de la compétence » ? 312
3. LES DISPOSITIONS DES ERGOTHERAPEUTES SONT EN LIEN AVEC LEUR PLACE DANS LE CHAMP DES PROFESSIONS PARAMEDICALES 315
3.1. Quelles dispositions pour quel vécu commun ? 316
3.2. Le rôle de l'ANFE dans l'entretien de ces dispositions 318
CONCLUSION 322

CONCLUSION GENERALE 323
ANNEXES 333
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 360
REMERCIEMENTS 368

INTRODUCTION GENERALE

Qu'est-ce que l'ergothérapie ? Qu'est-ce qu'un ergothérapeute[1] ?

L'ergothérapie serait-elle seulement une discipline thérapeutique ayant pour vocation de « rééduquer par l'occupation et par le travail » ? L'ergothérapie fait partie de ces activités qui ont obtenu leur place dans la division du travail de la santé à mesure que les besoins en rééducation sont devenus importants. Avant d'être une profession elle est d'abord une méthode, une technique de rééducation et de réadaptation. Dans le cadre de la genèse d'une profession il est indispensable de repérer ce qui fait la spécificité d'une telle technique, son originalité et tout compte fait son utilité. Outre le fait qu'une technique soit reconnue comme utile il est nécessaire ensuite d'asseoir celle-ci dans la durée, c'est-à-dire lui donner les moyens de se développer par les personnes qui la représentent, en l'occurrence les

[1] En posant cette question d'emblée, il nous importe de préciser dès le départ que nous utiliserons indifféremment le terme « ergothérapeute » au singulier comme au pluriel. En confondant « l'ergothérapeute » avec « les ergothérapeutes » nous ne voulons pas imiter certains économistes qui font référence à « l'individu représentatif » (expression utilisée par A. P. Kirman, cité par P. Bourdieu, le champ économique, Actes de la recherche en sciences sociales, 1997, N°117, p. 66) comme unique représentant, un peu à l'identique de « l'électeur moyen » (« sorti des urnes ») qui récapitule à lui tout seul l'opinion de tout le corps électoral (ou en référence au « consommateur » qui symbolise la totalité des individus qui se procure des biens et services). Nous prendrons le terme « ergothérapeute(s) » au sens social, car il est de notre fait de souligner la dimension sociale de notre objet alors qu'il a l'apparence d'un sujet, d'un être subjectif doué de conscience, etc. « Le social doit être expliqué par le social » dit E. Durkheim, à nous de replacer l'objet de telle sorte à respecter cette démarche.
Par ailleurs le terme « ergothérapeute » est utilisé au masculin malgré une forte féminisation de la profession (la part des femmes au 1.01.02 est de 84.4%, source : ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

ergothérapeutes. En cela, la meilleure façon de perpétuer une méthode thérapeutique est de créer une institution, une école de formation en ergothérapie. C'est donc à travers une technique, une école et des besoins que l'ergothérapie se développe surtout à partir de 1954[2].

L'intérêt porté à la question de la rééducation et de la réadaptation ouvre de nouvelles voies thérapeutiques mais elle entraîne aussi un début de confrontation entre les différentes disciplines qui s'y intéressent. Toutes les réflexions, qui ont été menées autour du handicap par exemple, favorisent le développement de nouvelles approches. Il n'est plus question de parler d'un handicap mais d'une diversité des handicaps qui réclament une prise en charge de plus en plus personnalisée. Quelles sont alors les techniques, les méthodes qui paraissent les plus propices pour répondre à de nouveaux besoins ? L'ergothérapie certes, mais il y a aussi la kinésithérapie, l'orthophonie, la psychomotricité, l'infirmerie, etc.

Une technique est servie avant tout par des hommes et des femmes qui en s'engageant dans une filière de formation paramédicale espèrent obtenir un poste correspondant à leur qualification. C'est tout le travail de certains « pionniers » de l'ergothérapie qui ont bien compris dans les années 1950 que la transformation d'une technique en profession (en tant que discipline reconnue) doit passer par une adéquation substantielle entre une offre de formation (école) et une demande de qualification (employeurs, qui sont généralement des établissements hospitaliers ou des centres de rééducation). A moins que ce ne soit l'offre qui crée sa propre demande selon une loi ancienne de l'économie[3]. Pour qu'il y ait demande de qualification ne faut-il pas que la démonstration de l'utilité de l'ergothérapie soit faite ?

La recherche d'une plus grande reconnaissance des compétences des ergothérapeutes

Pour la kinésithérapie par exemple la question de sa nécessité n'est plus à démontrer dans la mesure où elle accède assez tôt au rang de profession reconnue avec l'assurance que la formation dispensée bénéficie des garanties suffisantes:

« Depuis la loi du 30 avril 1946, l'exercice de la masso-kinésithérapie dans notre pays est subordonné à la possession d'un diplôme d'Etat, délivré par les services du ministère de la Santé à l'issue de deux années d'études dans une école agréée.

---

[2] Les deux premières écoles d'ergothérapie en France, celle de Paris et celle de Nancy, ont été créées en 1954 .

[3] Selon l'économiste J. B. Say (1767-1832) « l'offre crée sa propre demande ». En reprenant cette loi à caractère économique il est possible de l'appliquer à la relation entre la formation et la qualification.

Cette réglementation représente une étape dans l'histoire de la profession. Elle a crée pour un domaine déterminé, celui du massage et de la gymnastique médicale, un responsable de qualité, un unique responsable. Ceci a eu pour conséquence le développement de l'esprit scientifique et l'amélioration de la qualité des soins. La loi devait aussi avoir pour effet de protéger les nouveaux masseurs-kinésithérapeutes contre toute incursion dans leur domaine ou toute limitation de prérogatives.[4]»

Venant de la part d'un médecin ce point de vue est éloquent car il considère la réglementation d'une technique thérapeutique (la masso-kinésithérapie) comme un enjeu de premier ordre. La réglementation représente d'abord un acte de consécration d'une discipline, une reconnaissance de la maîtrise d'une technique, la masso-kinésithérapie devient une profession à part entière. De plus, elle est protégée juridiquement contre la concurrence potentielle d'autres professions dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation. Enfin, cette réglementation stimule l'esprit de corps, le sentiment d'appartenance à une même profession, elle encourage une démarche de projet autour de recherches scientifiques pour améliorer la qualité des interventions. La question des frontières entre les compétences des différentes professions est également posée. Non pas que la réglementation mette un terme à la question des frontières mais elle ne fait que la reposer dans la mesure où toutes les professions ne bénéficient pas du même traitement réglementaire de la part des pouvoirs publics. Définir des règles qui entourent les auxiliaires médicaux traduit l'importance grandissante qu'ils ont dans la division du travail de la santé. Une évolution admise par les médecins (prescripteurs de séances de kinésithérapie, d'ergothérapie, etc.) dont certains prennent partie en faveur d'une plus grande reconnaissance des auxiliaires médicaux :

« L'ergothérapie a naturellement sa place dans les centres de réadaptation en raison de son efficacité. Elle est indispensable, s'insérant dans le programme des soins aux handicapés aux côtés de la kinésithérapie et de la physiothérapie, dont elle est le complément.[5] »

Si la place de l'ergothérapie dans la division du travail de la santé ne fait aucun doute pour les médecins dans des services de réadaptation en hôpital par exemple, celle-ci apparaît moins acquise dans d'autres services. Et pour cause, alors que les kinésithérapeutes bénéficient de la reconnaissance de leur qualification par le diplôme d'Etat en 1946, les

---

[4] L. Pierquin, A. Roche, Problèmes d'enseignement des auxiliaires médicaux. Kinésithérapie et ergothérapie, Journal d'Ergothérapie, Masson, N° 4, 1999, p. 157.
Cet article a déjà bénéficié d'une première publication dans le Journal d'Ergothérapie en 1964. L. Pierquin est médecin en service de réadaptation.

[5] L. Pierquin, A. Roche, Ibid, p. 157.

ergothérapeutes qui exercent à cette date sont plutôt perçus comme les premiers représentants d'une technique thérapeutique dont l'efficacité reste à démontrer. Non seulement elle ne bénéficie pas du diplôme d'Etat mais il se pose aussi le problème de la formation de ces ergothérapeutes à partir d'un programme prédéfini. A cette époque l'ergothérapie accumule les retards dans la course à la reconnaissance. Les premiers représentants[6] de l'ergothérapie sont donc de véritables ambassadeurs d'une méthode, peuvent-ils se déclarer[7] comme ergothérapeute à l'identique d'un kinésithérapeute ou d'un infirmier ? Dans la mesure où l'ergothérapie ne bénéficie pas d'une définition précise, d'une formation claire, d'un diplôme qualifiant, la reconnaissance de la profession ne passe-t-elle pas, dès lors, par les collègues, par la hiérarchie (chef de service et encadrement administratif) dans le cadre du travail au quotidien ? On pourrait parler alors d'un début de dynamique identitaire entre le Je (le représentant de l'ergothérapie) et le Nous (les collègues dans un même service). Le représentant de l'ergothérapie aura, ainsi, plutôt tendance à s'identifier à un service, à un groupe de professionnels paramédicaux et médicaux qu'à une discipline dont les contours ne sont pas précis. Mais l'hypothèse de l'existence d'un processus identitaire propre aux ergothérapeutes est-elle tenable en l'absence de toute forme de reconnaissance officielle de l'ergothérapie ? Les ergothérapeutes n'existent-ils en tant que profession (voire en tant que corps professionnel) qu'à partir du moment seulement où ils sont légitimés par les instances officielles ? La reconnaissance d'une discipline thérapeutique par l'administration est-elle un préalable obligatoire à toute « émancipation » professionnelle ?

La réglementation de la profession d'ergothérapeute

Le monde professionnel est régi par un certain nombre de règles qui peuvent difficilement échapper à celui (le représentant d'une profession) qui y participe. L'accession à un titre (diplôme d'Etat) qui donne droit à exercer une profession est un exemple de règles établies ; les règles appelant ainsi la mise en place d'un système de régulation dans lequel sont impliqués les salariés. Dans le monde des professions paramédicales, c'est l'administration de

[6] Ce terme prend tout son sens ici car il n'est pas vraiment question de parler d'ergothérapeute puisque l'ergothérapie en tant que discipline réglementée, légitimée n'existe pas encore.

[7] On pourrait imaginer la réalisation d'une enquête équivalente à celle qu'a réalisée F. Kramarz lorsqu'il s'était intéressé à la manière dont certains actifs déclaraient leur profession (F. Kramarz, Déclarer sa profession, Revue française de sociologie, N° XXXII, 1991). En 1946 un auxiliaire médical qui pratique des techniques de rééducation ne va pas forcément se définir comme ergothérapeute mais comme « travaillant dans un service de rééducation » ou comme « travaillant à l'hôpital » ou « exerçant dans le service du docteur X », etc. Le service auquel est rattaché le poste prend plus d'importance que la qualification individuelle. Le Nous l'emporterait sur le Je.

la santé (instances ministérielles et les directions qui leur sont associées) qui veille à organiser l'adéquation entre le titulaire d'un titre et le poste correspondant. Le contenu des formations pour l'obtention du titre est soumis également à l'arbitrage de l'administration. Aussi, l'histoire de l'ergothérapie en tant que profession est largement liée aux décisions de l'administration.

C'est dans un monde professionnel structuré, réglementé que doit alors s'engouffrer l'ergothérapie en France. Fort de leur légitimité scientifique ce sont donc bien les médecins qui vont être les premiers promoteurs de cette discipline en réclamant une formation qualifiante au contenu spécifique pour les ergothérapeutes. L'exercice professionnel de l'ergothérapie repose avant tout sur l'apprentissage d'une technique, sur la diffusion d'un savoir et sur l'acquisition d'un savoir-faire. La discipline « ergothérapie » s'est ainsi constituée par tâtonnements, par étapes, selon les circonstances, grâce aussi à des médecins étrangers (américains essentiellement) surtout dans des services de réadaptation. Il faut attendre l'année 1954 donc pour que naissent deux écoles d'ergothérapie[8].

Positionnement de l'ergothérapie dans le champ professionnel

En reprenant les concepts développés par P. Bourdieu nous constatons qu'avec la naissance d'une formation propre à l'ergothérapie au sein des écoles, ses représentants, les ergothérapeutes, se positionnent désormais dans un espace professionnel précis : celui des auxiliaires médicaux ou professions paramédicales. La création de l'ANFE (Association nationale française des ergothérapeutes) en 1961 confirme ce positionnement. Dorénavant les enjeux se situent bien au niveau de la sphère administrative et moins sur le terrain des pratiques thérapeutiques. Si la place d'un ergothérapeute dans un service dépend de sa capacité à affirmer son savoir-faire, elle est avant tout liée à la réglementation en vigueur pour la protéger. La démarche réglementaire est déterminante pour conforter un ergothérapeute dans ses positions et ses prises de position. Car une position dans l'espace professionnel n'est jamais définitivement acquise, elle est toujours en devenir. Face à une profession, l'administration tient bien sa position d'arbitre, d'instance de contrôle. La régulation administrative a son propre code de conduite qui se heurte souvent au caractère revendicatif des associations de profession. Peut-on alors parler de négociations entre les instances représentatives des professions et l'administration ? Non, plutôt des « séances de présentation

[8] Pour les écoles de masseurs, les premières apparaissent à partir de 1924.

de la discipline » qui ne débouchent souvent sur aucune décision satisfaisante (selon les responsables de l'ANFE).

En sa qualité d'agent dominateur[9], l'administration participe plutôt à la reproduction des positions dans l'espace professionnel qu'à des changements permanents. Ce rôle de régulateur qu'endosse l'administration oblige les autres protagonistes (les professions) à multiplier les initiatives ou les sollicitations pour provoquer des changements. Ces rapports débouchent sur la constitution d'un champ. Selon P. Bourdieu le champ contient un certain nombre de propriétés :

« - *Un champ est un « système » ou un « espace » structuré de positions.*

- *Cet espace est un espace de luttes entre les différents agents occupant les diverses positions.*
- *Les luttes ont pour enjeu l'appropriation d'un capital spécifique au champ (le monopole du capital spécifique légitime) et/ou la redéfinition de ce capital.*
- *La distribution inégale du capital détermine la structure du champ, qui est donc définie par l'état d'un rapport de force historique entre les forces (agents, institutions) en présence dans le champ.*
- *Les stratégies des agents se comprennent si on les rapporte à leurs positions dans le champ.*
- *A chaque champ correspond un habitus (systèmes de dispositions incorporées) propre au champ (...).*[10] »

Voilà en quelques lignes exposés les éléments fondamentaux qui sont constitutifs du champ. Il est donc nécessaire d'associer au concept de champ un certain nombre d'autres concepts ou éléments de compréhension pour aborder notre objet d'étude « ergothérapie[11]» .

---

[9] M. Weber parle de légitimité légale-rationnelle qui confère à l'administration un pouvoir important fondé sur des procédures en droit.

[10] Sous la direction de B. Lahire, Le travail sociologique de P. Bourdieu, Dettes et critiques, Paris, La Découverte/Poche, 2001, p.25.
Nous exposons ici quelques principales propriétés énoncées par P. Bourdieu et reprises par B. Lahire. La liste est plus longue mais nous nous sommes contentés d'exposer celles qui nous paraissent les plus représentatives de l'objet étudié.

[11] Nous employons pour les besoins de la démonstration indifféremment les notions « d'ergothérapie » et « d'ergothérapeutes » considérant que la discipline et les membres de cette discipline sont impliqués de manière identique dans le champ. Une réglementation qui concerne l'ergothérapie s'adresse indifféremment à tous les ergothérapeutes, ils sont donc les premiers concernés. L'ergothérapeute (au singulier comme au pluriel) n'existe que parce que l'ergothérapie est une discipline reconnue. Un ergothérapeute ne peut pas se dire le représentant d'une discipline si celle-ci n'est pas répertoriée d'une manière ou d'une autre officiellement, à moins de pratiquer l'ergothérapie sans le savoir c'est à dire isolément sans se poser la question si cette discipline se pratique aussi ailleurs... De même que l'usage du mot profession implique que l'on évoque autant la place d'une discipline dans un champ que les membres appartenant à cette discipline. Dire, par exemple, qu'une profession est menacée ou dire qu'elle est en position de force renvoie non seulement à la position initiale de la discipline mais également à la position des membres de la profession.

L'univers professionnel est un champ qui entraîne les agents (des professionnels), qui y sont impliqués, à avoir un comportement donné. Comment un agent ergothérapeute « pris » individuellement dans ce champ peut-t-il partager avec les autres ergothérapeutes une même condition ? En fait, c'est la distribution inégale du capital (diplôme, formation ...) qui est déterminante dans les comportements des agents. S'installent alors, au-delà des rapports de force, des rapports de lutte pour une redéfinition du capital propre à chaque profession. C'est une conception un peu mécanique des rapports sociaux qui va prendre effet dans le champ. Chaque profession, selon sa dotation en capital, s'engage alors dans des stratégies de luttes offensives ou défensives, en fonction de leurs intérêts. Dans le champ des professions paramédicales certaines professions qui ont une « longue histoire[12] » cherchent autant à défendre leur position qu'à s'engager dans la lutte pour de nouvelles positions. En réalité, cette implication, cet investissement dans des stratégies de lutte sont largement liés aux dispositions (à l'habitus) qu'entretiennent les membres d'une profession au sein du champ. En somme, il s'agit d'un habitus de profession partagé par tous les membres de la profession dès lors qu'ils sont impliqués dans le champ. Chaque champ a son histoire, ses règles, ses enjeux, c'est dans ce contexte que la mobilisation d'une profession peut être assimilée à la défense d'intérêts particuliers. La (future) position de la profession dans le champ des professions paramédicales dépend de la maîtrise d'une technique thérapeutique, l'intérêt primordial pour une profession est donc avant tout de la revendiquer.

Ainsi la maîtrise d'une technique est source d'enjeux. La mise en place d'une formation accorde à une profession l'assise nécessaire en termes de savoirs et de connaissances pour renforcer sa position dans le champ, elle est indubitablement une source de légitimité. Mais elle est insuffisante par rapport à d'autres professions mieux dotées. Tout le jeu consiste à faire valider les nouvelles positions par l'administration, légitime arbitre de la confrontation entre les professions. La constitution d'associations professionnelles (dont l'ANFE) contribue à accentuer les enjeux au sein du champ car le rôle de telles associations est bien de cibler les dossiers dont l'intérêt pour la profession est important. Le champ professionnel est un espace en mouvement, il est traversé par des rapports de force qui ne se traduisent pas nécessairement par des conflits ouverts avec l'administration ou avec d'autres professions mais il se manifeste par l'élaboration de stratégies de positionnement comme la participation à un salon professionnel, la publication d'articles à caractère scientifique ou la

[12] Nous pensons bien sûr aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes qui, leur histoire respective le montre, possède un capital spécifique plus important puisqu'un diplôme d'Etat est crée pour différentes catégories d'infirmiers en 1922 et pour les masseurs-kinésithérapeutes en 1946, comme nous l'avons indiqué plus haut.

diffusion d'une plaquette présentant la profession, etc. Mais dans la mesure où d'autres professions pratiquent le même type de stratégie les rapports au sein du champ n'ont-ils pas tendance à s'annuler ou plutôt à se reproduire ?

En quête d'une nouvelle légitimité ?

Au-delà de cette légitimité bureaucratique que les ergothérapeutes ont progressivement obtenue (formation, diplôme d'Etat, décret d'actes, etc.) il reste une légitimité « savante » à conquérir grâce à la revendication d'une capacité d'expertise propre aux ergothérapeutes dans certains domaines d'intervention. Ainsi, le maintien à domicile devient source d'enjeux au regard de beaucoup de réponses proposées par les ergothérapeutes dans notre enquête. En somme, ces réponses ne sont-elles pas autant de prises de position des ergothérapeutes pour affirmer leurs qualités par rapport à celles d'autres professions paramédicales susceptibles de s'intéresser aux mêmes domaines d'intervention ? Lorsque le président de la République annonce le 14 juillet 2002 que le handicap doit devenir une « priorité nationale » pour les années à venir alors que de son côté le Sénat[13] réfléchit à l'élaboration d'un nouveau texte de loi sur la « compensation du handicap » pour septembre 2002, quelles incidences faut-il attendre de ces initiatives pour la profession d'ergothérapeute ? Des propositions qui ont obligatoirement des implications concrètes sur le terrain, que personne ne soupçonne précisément. Les prises de position, les stratégies des différentes professions intéressées ne sont-elles pas alors révélatrices de la structure du champ ? N'est-ce pas souvent sur l'initiative de l'appareil politico-administratif que débouchent des projets qui peuvent avoir des conséquences sur le développement d'une profession ? Dans ces conditions, l'ergothérapie se résume-t-elle seulement à une technique thérapeutique ou s'étend-t-elle à un ensemble de professionnels voire à un groupe de professionnels aux pratiques communes ? Nous essayerons de répondre à ces questions dans le développement qui suit.

En somme, il s'agit de montrer que l'univers professionnel est un univers de contraintes qui détermine les représentations des agents, en l'occurrence les ergothérapeutes. Le traitement des données statistiques, l'analyse du contenu des réponses aux questions ouvertes et des entretiens confirment que l'espace professionnel est un espace de luttes. Par

---

[13] La proposition de loi qui émane du Sénat s'appuie sur un rapport d'information de la commission des Affaires sociales, pour elle il s'agit de :

« Garantir aux personnes handicapées une réelle compensation en modernisant leurs conditions d'accueil, en privilégiant la proximité et l'autonomie, en simplifiant le système institutionnel... » (Libération du jeudi 25 juillet 2002).

ailleurs, des extraits d'articles de deux publications à caractère scientifique (le « Journal d'Ergothérapie » et « Expériences en ergothérapie ») et d'une publication à caractère syndical (le « Bulletin de Liaison de l'ANFE ») viennent étayer notre analyse.

Plan de progression

Dans une *première partie* il s'agit de réfléchir à la pertinence du choix des concepts et des hypothèses dans le cadre de notre recherche. La collecte des informations s'avère également une étape essentielle. Le chapitre premier est consacré à exposer trois concepts principaux c'est à dire le champ, l'habitus et la légitimité et les hypothèses qui y sont liées. Nous insistons aussi dans un deuxième chapitre sur la nécessité d'accumuler et de trier l'information. Les entretiens, l'étude de textes et le recours au questionnaire représentent des outils importants dans l'élaboration de notre démonstration.

Dans une *deuxième partie*, nous nous interrogeons d'abord (chapitre premier) sur les critères qui sont habituellement utilisés pour définir une profession. La distinction entre « occupation » et « profession » au sens des auteurs anglo-américains pose la question de l'autonomie professionnelle, tandis que l'INSEE développe ses propres critères pour classer une profession. Le deuxième chapitre et le troisième chapitre sont l'occasion de préciser les contours de la discipline « ergothérapie » au travers notamment des avis des ergothérapeutes eux-mêmes, ils permettent aussi de s'interroger sur les domaines de compétence des ergothérapeutes. Le caractère administré de la profession d'ergothérapeute illustré par la classification en PCS (quatrième chapitre) a tendance à freiner celle-ci dans son développement. Pourtant (cinquième chapitre), en adoptant diverses stratégies, en entrant dans le jeu complexe des rapports institutionnels les ergothérapeutes montrent qu'ils ne se contentent pas d'une position professionnelle (institutionnalisée) donnée.

La *troisième partie* est consacrée dans un premier chapitre à la description de différents enjeux liés aux pratiques thérapeutiques des ergothérapeutes ainsi qu'aux études paramédicales qui les fondent. Le deuxième chapitre insiste sur les réglementations administratives qui régulent une profession au sein de l'hôpital ou dans le cadre de l'exercice libéral par exemple. De même que les contraintes économiques ont un effet certain sur les choix opérés par l'administration dans l'organisation du système de soins dont dépend en partie l'avenir d'une profession comme l'ergothérapie (troisième chapitre). Enfin, la position

de l'ergothérapie face aux autres professions et à l'administration est surtout déterminée par les liens que les ergothérapeutes entretiennent avec ces instances. Le changement de position dans l'espace professionnel implique donc un rapport de forces, l'engagement des ergothérapeutes pour la promotion de leur profession est donc de ce point de vue décisif (quatrième chapitre).

PREMIERE PARTIE

PRESENTATION DE L'OBJET

CHAPITRE I

LA PROBLEMATIQUE, LES CONCEPTS ET LES HYPOTHESES

Quelle démarche et quelle méthode adoptées pour étudier la profession d'ergothérapeute ? Alors que de nombreux articles et ouvrages traitent de la notion de profession en général ou de tel type de profession en particulier suivant une approche s'inspirant généralement du courant interactionniste ou du courant fonctionnaliste, nous nous sommes attachés plutôt (sans renier ces courants) à adopter une démarche qui s'inspire de la sociologie de P. Bourdieu. En quoi les concepts (ou certains concepts) développés par P. Bourdieu rendent-ils compte de la réalité de la profession et en l'occurrence d'une profession comme celle d'ergothérapeute ? Mais au préalable n'est-il pas utile de s'interroger sur la manière dont il faut aborder l'objet « profession » d'un point de vue méthodologique ?

1. ADOPTER UNE DEMARCHE SOCIOLOGIQUE

Dans la tradition sociologique française le thème de la profession[1]est moins traité que le thème du travail, des organisations ainsi que des thèmes qui s'y rapprochent comme la

[1] Contrairement à la sociologie américaine ou anglaise où des travaux portant sur les professions sont nombreux et remontent aux années 1930 (pour les plus connus), comme le travail de T. Parsons en 1939 intitulé : « The Professions and the Social Structure. »

qualification, la compétence, le statut, etc. Et ce n'est que depuis une vingtaine d'années que l'objet « profession » suscite un intérêt croissant chez les sociologues français sous la forme d'étude de profession en tant que telle (les médecins, les avocats, les infirmières, les marins,...) ou dans le cas de recherches sur les systèmes de relations professionnelles, les classifications professionnelles, les conflits professionnels, les coalitions professionnelles, etc.

1.1. Les difficultés pour étudier une profession

En affirmant que l'objet « profession » a suscité un intérêt tardif chez les sociologues nous omettons de mentionner une contribution importante celle d'E. Durkheim autant pour la compréhension de l'existence et du devenir des groupes professionnels que de la méthode utilisée pour y parvenir. Pour E. Durkheim la position du sociologue face à l'objet étudié est très importante, elle mérite d'être étudiée pour elle-même.

Le sociologue qui est chargé d'étudier une profession n'est autre que monsieur « tout le monde » c'est à dire un sujet face à un objet, un être social qui appartient au monde social et qui observe ses semblables, ici les membres d'une profession.

« Le sociologue ne dispose-t-il pas du fait qu'il est un être vivant social, d'une sorte de connaissance intuitive de son objet que ne saurait revendiquer le savant qui observe les phénomènes naturels.[2] »

Une des difficultés du sociologue est d'éviter de donner une signification et une explication immédiate aux comportements sociaux. Lorsque le sociologue aborde une profession n'aurait-il pas tendance à comparer sa situation professionnelle avec celle qu'il étudie ? N'y aurait-il pas des analogies entre le vécu professionnel de l'observateur et celui de l'observé ? Comment le chercheur garde-t-il ses distances vis-à-vis de situations sociales qui semblent être proches ?

« La première difficulté rencontrée par le sociologue tient au fait qu'il se trouve devant des représentations préétablies de son objet d'étude qui induisent la manière de l'appréhender et, par là, de le définir et de le concevoir.[3] »

Le chercheur qui étudie un objet doit évacuer les représentations inhérentes à toute recherche en particulier en sociologie des professions dans la mesure où il est lui-même impliqué dans des relations professionnelles au vu de son statut. Ces représentations sont en

---

[2] R. Boudon, Les méthodes en sciences sociales, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 1978, p. 17.
[3] P. Champagne et coll., Initiation à la pratique sociologique, Paris, Dunod, 1999, p. 54.

quelque sorte des évidences, des présupposés ou encore des a priori issus de sa propre expérience que le chercheur doit écarter d'emblée. Des présupposés que l'on pourrait dire :

« Produits de l'expérience vulgaire, ils ont avant tout, pour objet de mettre nos actions en harmonie avec le monde qui nous entoure ; ils sont formés par la pratique et pour elle. Or une représentation peut être en état de jouer utilement ce rôle tout en étant théoriquement fausse.[4] »

La profession n'est pas qu'un mot

Sans entrer dans les détails de l'étymologie du terme de profession nous nous intéressons plutôt aux conditions de l'usage qui en est fait dans le cadre d'études sociologiques. Faut-il rappeler que le sens du terme profession diffère selon qu'il est employé en Angleterre ou aux Etats-Unis ou en France. C. Dubar nous rappelle qu'en France selon les dictionnaires trois types d'usage peuvent être associés au terme de profession :

« - *Déclarer sa foi, son engagement, sa vocation*
- *La profession en tant qu'activité rémunérée*
- *La profession rassemblant les personnes exerçant un même métier.* »

(C. Dubar et P. Tripier, Sociologie des professions, Paris, A. Colin, 1998, p. 10.)

Même si par ailleurs la notion de profession renvoie encore à d'autres expressions (qualification, statut, expérience...) elle sert surtout dans l'établissement de classement. La profession devient le critère classant, la référence pour établir des barèmes de salaires au sein des branches professionnelles en France à partir de 1945. Et c'est le regroupement par Catégorie socioprofessionnelle (CSP) dans les années 1950 puis par Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) qui va entériner cette logique de classification dans une optique hiérarchique. Un principe de classification, sous couvert d'objectivité, admis par tous comme construction de la réalité du monde du travail. C'est en ce sens que la profession n'est pas qu'un mot parce qu'elle organise les représentations des agents sur le mode du classement hiérarchique « naturellement » acceptable. Elément de renseignement exploité par beaucoup d'instances administratives et par les enquêtes sociologiques ou d'opinion la profession est la variable qui donne sens à de nombreuses interprétations de comportements. Encore faut-il en faire bon usage et comprendre son mode de construction. La profession est-elle l'élément déterminant pour analyser la position d'une discipline dans le monde du travail ? Nous répondrons par l'affirmative parce que nous abordons la profession d'ergothérapeute non pas comme catégorie réalisée sur le papier mais comme catégorie en devenir c'est à dire impliquée dans un champ où nulle définition et nulle classification sont définitives.

Dans le cas de l'étude de la profession d'ergothérapeute il est aisé de se reporter d'emblée à la classification par PCS pour situer la profession dans le monde professionnel. Or nous nous apercevons que les PCS sont des catégories construites par des experts qui ne reflètent pas, somme toute, la réalité des rapports professionnels en particulier et de l'univers professionnel en général. L'utilisation sans recul des PCS ne risque-t-elle pas de déformer le regard du sociologue ? Utile pour obtenir une première photographie de la réalité sociale et

[4] E. Durkheim, Les règles de la méthode sociologique, Paris, Flammarion, 1988, p. 109.

professionnelle la classification par PCS révèle donc ses limites lorsqu'il s'agit de repérer l'état des rapports d'une profession (à l'intérieur d'une même PCS) par rapport à une autre.

1.2. L'objet sociologique « profession » est différent d'un problème social

La profession en tant qu'objet doit être préalablement soumis à toute critique. Par exemple un objet soumis à l'étude du sociologue (objet sociologique donc) ne doit pas être détourné comme un problème social :

« On fait appel le plus souvent à la sociologie dans l'espoir de résoudre les problèmes sociaux. Mais les problèmes sociaux (la délinquance, l'alcoolisme, les habitants des grands ensembles, les réactions de la deuxième génération d'immigrés...) ne sont pas des « objets sociologiques ». Ils résultent plus d'une élaboration stratégique que d'une volonté de connaissance personnelle. Ils sont liés à des tentatives d'imposition d'une vision du monde.[5] »

Le problème social se distingue de l'objet sociologique de par l'intérêt qu'il peut susciter. Il appelle une explication, une réponse, de préférence connotée scientifiquement. Souvent le « problème » suscite des commandes d'études sociologiques, celles-ci sont souvent le prétexte pour donner une assise rationnelle aux solutions proposées. Or le temps du chercheur n'est pas celui du décideur politique ou du journaliste à la source de la commande. Si l'actualité est animée, par exemple, par une grève massive des ergothérapeutes, la réaction du journaliste, au-delà du constat des faits, est de s'interroger sur les causes de telles manifestations. Il est d'usage alors de faire appel à un spécialiste de la question «ergothérapeute», à défaut, de solliciter un expert du monde médical et paramédical. Mais le chercheur aura-t-il suffisamment de recul pour apprécier le phénomène dans son immédiateté ? La réalité peut être d'une toute autre nature que ce qui est perçu par le journaliste ou les ergothérapeutes grévistes eux-mêmes. Une grève des ergothérapeutes pose bien des interrogations, elle invite à trouver des réponses à partir de l'énoncé de plusieurs hypothèses que seul un travail approfondi donnera pour plausible ou non. Ce type de travail de vérification d'hypothèses prend du temps puisque la profession d'ergothérapeute n'est pas appréhendée pour un « problème » mais pour un objet sociologique.

---

[5] C. de Montlibert , Introduction au raisonnement sociologique, Presse universitaires de Strasbourg, 1990, p.219.

1.3. L'objet sociologique doit être construit

En acceptant de répondre à une commande le chercheur sait-il qu'il doit maintenir cette distance nécessaire pour expliquer tel phénomène ? Sait-il qu'il agit, de par la publication de son étude, sur les représentations des personnes intéressées mais aussi, et surtout, sur celles de la population concernée, les ergothérapeutes ? Le chercheur ne provoque-t-il pas de ce fait de nouveaux enjeux propres à modifier les hypothèses qu'il avait méthodiquement élaborées au départ de son étude proprement dite sur les ergothérapeutes ?

Vieillissement démographique, problème social et problème économique

On a tendance à nous faire croire que le vieillissement de la population renvoie à la fois à un problème social et à un problème économique. Il est tentant de la part des journalistes et des responsables politiques de brandir le spectre du vieillissement démographique comme facteur de la remise cause future de notre bien-être. Il est surtout question de « financement des retraites », de « prise en charge des personnes âgées », « d'augmentation des dépenses de santé due à l'âge », etc. Les ergothérapeutes aussi abondent dans ce sens en énonçant que le vieillissement de la population amène à multiplier les dispositifs d'offre de soins. Car les solutions au « problème » sont également déjà toutes trouvées : maintien à domicile, allongement de la durée de la vie active, etc. Ce discours qui alimente les représentations n'est pas toujours fondé dans la mesure où il s'appuie sur des données partielles voire partiales ; bref ne sommes-nous pas en pleine construction sociale de la réalité sociale ?

« La construction sociale de la réalité sociale s'accomplit dans et par des innombrables actes de construction antagonistes que les agents opèrent, à chaque moment, dans leurs luttes individuelles ou collectives, spontanées ou organisées, pour imposer la représentation du monde social la plus conforme à leurs intérêts. »
(P. Bourdieu, La paysannerie, classe objet, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 17-18, 1977, p. 2.)

On assiste ainsi à une logique de constitution d'un problème à la fois social et économique. Sans réfuter ces prises de position, le sociologue et aussi l'économiste sont donc amenés à opter pour une démarche décontextualisée prenant pour parti pris de transformer le problème «vieillissement» en objet d'étude. Ainsi le premier travail de recherche sur le vieillissement doit avoir pour objet de reprendre les conditions qui ont amené à construire les représentations et le discours sur la vieillesse. Le deuxième travail consisterait à se poser la question de l'évolution des structures familiales et des solidarités familiales pour ensuite aboutir seulement au problème de la prise en charge du vieillissement.

Une fois ce travail de déconstruction de la notion de profession accompli, il importe d'énoncer quelques hypothèses pour arriver à établir une problématique. Ainsi l'objet « profession ergothérapeute » mérite d'être construit, et doit éviter de tomber dans une forme de « sociologie spontanée » qui privilégierait une approche empirique d'un fait, sans énoncer des hypothèses, sans maîtriser les présupposés, sans regard critique. Il est vrai qu'il suffirait d'interroger le réel pour rendre compte de la réalité :

« Il ne suffit pas que le sociologue se mette à l'écoute des sujets, enregistre fidèlement leurs propos et leurs raisons, pour rendre raison de leur conduite et même des raisons qu'ils proposent : ce faisant il risque (le sociologue) de substituer purement et simplement à ses propres prénotions les prénotions de ceux qu'il étudie.[6] »

Ce n'est pas aux personnes interrogées de nous guider vers la problématique. Si le chercheur se contente d'observer, de relever des témoignages, de reprendre des statistiques d'un organisme administratif sans avoir exposé au préalable un certain nombre d'hypothèses sur l'objet à étudier il risque de se contenter d'un objet « donné » par le monde social :

« Une démarche qui s'en tiendrait au schéma observation-hypothèse-vérification serait peu fondée dans la mesure où chacune de ces phrases soulève de nombreux problèmes. Ainsi en est-il de l'observation qui suppose toujours une « réalité sociale. » L'observation n'est pas le prélèvement d'une réalité que le sociologue pourrait analyser ensuite à loisir. L'observation qui s'attache à des informations produites par une administration quelconque ou qui s'attache aux informations produites par des sujets supposés concernés, saisit toujours des représentations ou des pratiques construites par des rapports sociaux antérieurs et souvent sélectionnés par des logiques institutionnelles.[7] »

La manière dont on aborde un objet est donc important car il engage la suite de la recherche. De plus, il est important de confronter les informations recueillies qu'elles émanent d'instances officielles ou de la population étudiée par exemple. Dans notre étude, la question de la crédibilité des sources d'information officielles se pose moins parce qu'elles sont relativement peu nombreuses voire inexistantes, par exemple la profession d'ergothérapeute n'apparaît pas en tant que telle dans la classification par PCS. C'est aussi au chercheur de récolter les informations par des méthodes d'investigations diverses.

1.4. Le choix d'une démarche

Le sociologue qui s'engage dans l'étude d'une profession doit opter pour une démarche cohérente selon des critères classiques de scientificité. Une démarche que tout le monde peut suivre, en rupture avec la connaissance préscientifique, préconstruite, remplie de présupposés non maîtrisés. Il est utile et nécessaire donc, non seulement d'adopter une démarche, mais en plus il faut l'expliciter. Pour notre part, nous avons choisi une démarche hypothético-déductive qui consiste à partir de concepts servant de base dans l'élaboration

---

[6] P. Bourdieu, J.C. Chamboredon, J.C. Passeron, Le métier de sociologue, Paris, Mouton-Bordas, 1968, p. 56
[7] C. de Montlibert, Opus cit., p.224.

d'un certain nombre d'hypothèses. Un important travail consiste ensuite à confirmer ou à infirmer les hypothèses formulées au départ par l'investigation, c'est à dire le recueil de données et d'informations par voie d'enquête généralement.

DEMARCHE HYPOTHETICO-DEDUCTIVE

4 étapes :

1- La construction part d'un postulat ou concept postulé comme modèle d'interprétation du phénomène étudié.
2- Un modèle qui génère des hypothèses et des concepts.
3- Modèle soumis à l'épreuve des faits par l'élaboration d'un questionnaire et le recueil de données.
4- Interprétation des résultats. Validation ou invalidation des hypothèses.

Aussi cette approche s'oppose, en partie, à l'empirisme (démarche inductive) qui prend, lui, le réel comme point de départ et comme objet de description grâce à des enquêtes, à des entretiens pour en tirer ensuite les concepts et les hypothèses nécessaires à l'interprétation. Ces deux démarches (déductive et inductive) s'orientent dans leur articulation différemment car la première emprunte volontairement une ligne théorique en partant d'hypothèses du type : « C'est ainsi que les choses sont susceptibles de se passer ». Et les enquêtes ne serviront plus qu'à vérifier la ou les hypothèses de départ. Alors que la deuxième démarche prend appui sur les faits, des données du terrain comme base de travail dans le but de dégager par après, seulement, des hypothèses. Pour la démarche inductive l'enquête de terrain est un préalable indispensable ce qui n'est pas le cas pour la démarche hypothético-déductive puisque l'enquête représente plutôt une étape intermédiaire voire finale dans l'optique de confirmer les interrogations et les hypothèses préalables.

Pour notre part, nous avons adopté la démarche hypothético-déductive pour aborder l'objet « profession ergothérapeute ». La profession d'ergothérapeute est donc un objet à construire. Au préalable, il est nécessaire d'effectuer un travail de déconstruction de l'objet à étudier, du point de vue par exemple des représentations que le chercheur peut entretenir à l'égard de ce même objet. La profession comme catégorie préconstruite doit être soumise à l'analyse critique. Ensuite ce même objet est amené à être construit :

« Il faut avoir conscience que tout objet proprement scientifique est sciemment et méthodiquement construit pour savoir construire l'objet et pour savoir l'objet que l'on

construit, et il faut savoir tout cela pour s'interroger sur les techniques de construction des questions posées à l'objet.[8] »

L'analyse de la profession d'ergothérapeute consiste à utiliser une méthode rigoureusement éprouvée s'appuyant sur une ligne directrice claire. Celle-ci s'apparente à la problématique :

« La problématique constitue le principe d'orientation théorique de la recherche, elle en définit les lignes de force. Elle donne à la recherche sa cohérence et son potentiel de découverte.[9] »

La problématique amène le chercheur à la construction de l'objet. L'objet construit n'est pas une réalité empirique (la profession d'ergothérapeute est un fait, une donnée qu'il faut prendre pour telle) mais un ensemble d'agents qui entretiennent des relations et qui fonctionnent sur le mode de rapports entre dominants et dominés. Le cadrage théorique fixé au départ a l'avantage d'imprimer une direction à l'ensemble de la recherche et évite de se laisser guider par les faits tels qu'ils apparaissent et les opinions (ou représentations) telles qu'elles sont exprimées par les agents concernés, les ergothérapeutes. Nous proposons donc la problématique de notre recherche :

La profession d'ergothérapeute se trouve impliquée dans un champ professionnel qui structure les représentations et entraîne des pratiques propres capables d'orienter des prises de position nous éclairant sur la nature même de la position de l'ergothérapie et des positions des autres professions.

2. CONCEPTS ET HYPOTHESES

A partir de l'exposé de la problématique il est possible de mobiliser un certain nombre de concepts et d'hypothèses qui s'inscrivent dans son prolongement.

Soumettre un objet à la connaissance amène donc à énoncer des concepts prélude à l'élaboration d'hypothèses :

« La conceptualisation constitue une construction abstraite qui vise à rendre compte du réel. A cet effet, elle ne retient pas tous les aspects de la réalité concernée mais seulement

---

[8] P. Bourdieu, J. C. Chamboredon, J. C. Passeron, Opus cit., p. 71.
[9] R. Quivy, L. Van Campenhoudt, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 2000, p. 98.

ce qui en exprime l'essentiel du point de vue du chercheur. Il s'agit d'une construction-sélection.[10] »

Le concept n'est jamais éloigné d'une réflexion théorique, il représente le fil conducteur de notre étude. Il est à l'origine de la constitution d'hypothèses qui doivent être confrontées par après à la réalité. Cette confrontation au réel est une sorte de confirmation des concepts énoncés au départ, le chercheur prend ainsi la mesure de la pertinence de leur choix. Quels sont les concepts[11] que nous proposons pour analyser l'objet « profession ergothérapeute » ?

2.1. L'élaboration des concepts

1° concept : Le champ

Dans le cas du champ, nous pouvons parler de concept-clé, de concept « déterminant », élément central de notre réflexion théorique pour l'étude de la profession d'ergothérapeute :

« Les champs se présentent comme des espaces structurées de positions (ou de postes) dont les propriétés dépendent de leur position dans ces espaces et qui peuvent être analysés indépendamment des caractéristiques de leurs occupants (en partie déterminées par elles) .[12] »

Au même titre qu'il existe dans la société des inégalités, le monde professionnel est un monde inégalitaire où toutes les professions n'ont pas un même statut, pas un niveau de reconnaissance identique. Ainsi autant l'espace social que l'espace professionnel sont des espaces conflictuels. Une société n'est pas une structure figée, pyramidale comme certaines statistiques nous le laissent entendre (voir la classification par PCS de l'INSEE), une société invariablement immobile où les positions sociales sont définitivement attribuées. Les variables de classification édictées par l'INSEE ne sont pas considérées comme décisives et définitives dans l'attribution des positions dans l'espace social et l'espace professionnel même si elles y contribuent. Elles servent surtout de points de repère pour développer les concepts tels que le champ. La manière dont les ergothérapeutes sont classés, répertoriés dans la nomenclature des PCS est un point de départ pour pousser plus loin la réflexion dans le domaine des rapports entre les professions. Evoquer le champ des professions c'est

---

[10] R. Quivy, L. Van Campenhoudt, Ibid, p. 120.

[11] On rapporte généralement des indicateurs au concept qui sont des « manifestations objectivement repérables et mesurables des dimensions du concept ». R. Quivy, L. Van Campenhoudt, Ibid, p. 121.

[12] P. Bourdieu, Questions de sociologie, Paris, Minuit, 1984, p.113.

considérer que la distribution des positions n'est pas définitive, cela veut dire aussi que le champ est un espace où s'exprime un rapport de forces entre membres de chaque profession pour obtenir des titres de reconnaissance. Comment s'exprime ce rapport de forces à l'intérieur du champ ? Il s'exprime par des prises de position qui rendent compte des positions occupées par des agents dans le champ. Le champ se substitue donc d'une certaine manière à la classification par PCS ou au moins la dépasse en traduisant autrement les inégalités.

Tableau 1 : Indicateurs associés au concept de champ

CONCEPT	INDICATEURS
Champ (professionnel)	Rapport de forces et de luttes pour obtenir les meilleures positions ou pour défendre une position au niveau : - du lieu de travail pour affirmer ses qualités professionnelles, ses compétences - institutionnel, face à l'administration, la profession d'ergothérapeute s'appuie sur ses représentants (ANFE, UIPARM[13],...).

La défense de la profession au niveau institutionnel est déterminante parce qu'elle engage la position de l'ergothérapeute sur son lieu de travail. En effet, la reconnaissance des compétences n'est véritablement possible sur le lieu de travail que si l'administration, à son échelle, les valide. L'enjeu se déplace bien du lieu de travail vers le lieu des négociations entre administration et représentants des professions. Entrer dans le champ, c'est entrer dans un jeu où s'entrechoquent les intérêts des agents qui y sont engagés. L'intérêt à participer à ces « joutes » se mesure-t-il au nombre de sollicitations, de rendez-vous pris par les représentants des ergothérapeutes auprès des ministères concernés ? Moins une profession est « installée » plus elle multiplie les démarches pour être entendue ? Les ergothérapeutes partagent-ils bien un intérêt commun à participer au jeu et « à jouer le jeu » :

[13] L'UIPARM (Union interprofessionnelle des associations de rééducateurs et médico-techniques) est une association qui a été fondée en 1992 par des représentants d'organisations professionnelles (hors infirmiers). L'ANFE est une composante de l'UIPARM ainsi que les représentants des diététiciens, des psychomotriciens, des électroradiologues, des coordonnateurs de plateau technique, des kinésithérapeutes salariés, des préparateurs en pharmacie et des techniciens de laboratoire.

« On oublie que la lutte présuppose un accord entre les antagonistes sur ce qui mérite qu'on lutte et qui refoulé dans le cela-va-de-soi, laissé à l'état de doxa, c'est à dire tout ce qui fait le champ lui-même, le jeu, les enjeux, tous les présupposés qu'on accepte tacitement, sans même le savoir, par le fait de jouer, d'entrer dans le jeu. Ceux qui participent à la lutte contribuent à la reproduction du jeu en contribuant, plus ou moins complètement selon les champs, à produire la croyance dans la valeur des enjeux.[14] »

Le jeu se complique à mesure que les intervenants et les intérêts se multiplient. Les responsables de l'ANFE se rendent bien compte que eux seuls ne sont pas capables de renverser le rapport de forces. Avec l'appui de l'UIPARM ou au sein de l'UIPARM le rapport a une forte probabilité d'évoluer, mais en même temps il se complique en raison du nombre de professions supplémentaires qui « s'invitent » au jeu.

La position de l'UIPARM dans le jeu

Dans les négociations avec l'administration l'UIPARM depuis sa création en 1992 tient une place prépondérante. Elle a su se faire entendre sur des questions qui portent sur la place des professions paramédicales (hors infirmiers) dans l'encadrement hospitalier par exemple. Initialement les titulaires d'un diplôme d'Etat dans une profession paramédicale avaient la possibilité de devenir cadre dans leur spécialité suite à une formation spécifique. Une fois le diplôme de cadre obtenu le titulaire opte pour un poste dans un service qui correspond à sa spécialité uniquement : un cadre ergothérapeute postule uniquement pour un poste dans des services d'ergothérapie, le kinésithérapeute est candidat sur un poste dans des services de kinésithérapie, etc. L'idée de l'UIPARM est de proposer une formation commune de cadre de santé, à vocation interprofessionnelle, à toutes les professions paramédicales pour supprimer le cloisonnement des professions. En effet, par cette initiative, l'UIPARM vise à briser le monopole des infirmiers à encadrer leur propre profession et les autres par la même. Il est régulièrement question explicitement, dans certaines interpellations de l'UIPARM auprès du ministère, « d'hégémonie des infirmières générales ». Autrement dit, les infirmiers sont-ils seuls habilités à diriger les infirmiers voire les autres professions paramédicales? Non, répond l'UIPARM, tout le monde peut prétendre diriger tout le monde si et seulement si le ministère accorde son aval pour instaurer un diplôme et une formation qui a pour mission de dispenser une « culture commune ». L'UIPARM est en fait très soucieuse de l'équité entre les professions paramédicales. Sur ce plan là, elle a eu gain de cause puisque le diplôme de cadre de santé a été créé en 1995. Si ce dossier a abouti, d'autres dossiers n'obtiennent pas l'adhésion (unanime) attendue au sein même de l'Union, des divergences peuvent apparaître :

« Il suffit qu'une de ses composantes ne soit pas d'accord, ou risque de pâtir d'une orientation, pour que l'UIPARM ne se prononce pas sur le sujet.(...) Chacun s'exprime en toute indépendance et l'UIPARM ne s'exprime que sur les points qui ne portent préjudice à aucune association. Même en cas de divergence, le débat n'est pas occulté pour autant, ce qui permet une meilleure connaissance réciproque, donc une tolérance et un enrichissement mutuel. » (F. Bizouard, Le journal des métiers de la santé, N° 6, Dec. 1995 / Janv. 1996, p.2)

[14] P. Bourdieu, Ibid, p. 115.

Il en ressort de cet extrait que l'UIPARM a un intérêt bien compris qui est de parler d'une seule voix et de mener une stratégie qui a pour but de modifier le rapport de forces en faveur des professions paramédicales hors infirmiers. L'unité des dominés n'est-elle pas indispensable pour prendre part au jeu afin de déstabiliser les dominants, les infirmiers ? En invoquant l'équité, comme valeur de référence, l'UIPARM n'a-t-elle pas trouvé, en plus, un sens à son action et une légitimité indispensable pour convaincre l'administration de répondre à ses demandes?

Les prises de positions des responsables des associations ne sont compréhensibles que dans le contexte des écarts qui existent entre les positions des professions dans le champ. L'UIPARM est née du clivage persistant entre la position des professions de la rééducation (entre autres) et de celle des infirmiers. Sur le terrain, cette situation est largement ressentie comme un manque de reconnaissance, de là est née une mobilisation des professions hors infirmiers. La création de l'UIPARM est une réaction de professions qui considèrent que les règles du jeu à l'intérieur du champ ne tendent pas à les favoriser :

« C'est, à chaque moment, l'état des rapports de force entre les joueurs qui définit la structure du champ : on peut imaginer que chaque joueur a devant lui des piles de jetons de différentes couleurs, correspondant aux différentes espèces de capital qu'il détient, en sorte que sa force relative dans le jeu, sa position dans l'espace de jeu, et aussi ses stratégies au jeu, ce que l'on appelle en français son « jeu », les coups plus ou moins risqués, plus ou moins prudents, plus ou moins subversifs ou conservateurs, qu'il entreprend, dépendent à la fois du volume global de ses jetons et de la structure des piles de jetons, du volume global de la structure de son capital, deux individus dotés d'un capital global à peu près équivalent pouvant différer, tant dans leur position que dans leurs prises de position, en ce que l'un a (relativement) beaucoup de capital économique et peu de capital culturel (un patron d'entreprise privée par exemple), l'autre beaucoup de capital culturel et peu de capital économique (un professeur par exemple).[15] »

C'est plutôt en terme de capital symbolique et de capital culturel qu'il faut aborder le rapport de forces au sein du jeu. Les stratégies des participants au jeu vont dépendre justement du « volume » et de la « structure » du capital détenu.

Le concept de champ apparaît ici donc largement opératoire parce qu'il met clairement en avant les conditions dans lesquelles s'effectue le rapport de forces. Celui-ci n'est jamais gelé mais change à mesure que les participants au jeu modifient leurs stratégies. Seules, les différentes associations hors infirmiers « ne font pas le poids » face aux infirmiers, unies, elles

[15] P. Bourdieu avec L. D. Wacquant, Réponses... Pour une anthropologie réflexive, Paris, Seuil, 1992, p.74 et 75.

se dotent d'une représentativité (d'un capital symbolique) plus importante qui oriente d'une autre manière le jeu. Avec l'UIPARM, les associations qui la composent abandonnent une tentation corporatiste pour donner à la confrontation une dimension plus capitale encore. Sans pour autant renoncer à la promotion de leur profession, les ergothérapeutes ont compris que le niveau des enjeux les amène à confier un mandat à une instance supérieure (l'UIPARM) pour les représenter dans les réunions portant sur les grands dossiers. Le champ professionnel n'est pas un champ économique au sens strict, c'est à dire que les agents de ce champ professionnel ne peuvent pas du jour au lendemain accroître le volume de leur capital à l'inverse d'un entrepreneur qui à défaut d'avoir un capital culturel important est capable d'accroître son capital économique en quelques jours voire en quelques heures et ainsi bouleverser les rapports au sein du champ. Dans le champ professionnel, tel que nous l'avons décrit, l'accumulation du capital reste relativement limitée ce qui a pour conséquence une évolution lente du rapport de forces. La création de l'UIPARM semble alors, de ce point de vue, un événement d'une grande importance symbolique. Si nous utilisons, comme le fait P. Bourdieu, la métaphore du jeu, cette création a permis à l'ANFE et autres associations de se munir d'un atout (l'UIPARM), d'un joker pour arriver à leurs fins. Mais dans ce jeu, détenir un atout ne signifie pas le gain immédiat, la réussite à tous les coups, tout juste a-t-il permis de participer plus systématiquement au jeu. Le fait que beaucoup de dossiers soient encore en suspens (comme la réactualisation du décret d'actes pour les ergothérapeutes et aussi pour les autres professions paramédicales hors infirmiers) témoigne de la réticence de l'administration à arbitrer le jeu en faveur de l'un ou l'autre des participants. Mais le champ serait inexistant (vidé de sa substance) sans la participation des agents qui y sont engagés.

2° concept : L'habitus

L'habitus est un concept que l'on ne peut pas dissocier du concept de champ. Les deux sont en relation. Un agent impliqué dans un champ développe un habitus, il possède des dispositions à agir en fonction de telle situation dans le champ. Un ergothérapeute est d'abord un agent social qui est partie prenante dans le champ social mais au-delà il est classé parmi une profession qui le renvoie cette fois à d'autres dispositions propres au champ professionnel :

« Les agents ont des dispositions, ils ont des capacités de percevoir ce monde dans lequel ils se trouvent. Ce qui fait que le champ social n'est pas un champ de forces physiques et que la sociologie n'est pas une physique sociale, c'est le fait que les agents sont dotés de dispositions, d'habitus, de manières d'être permanentes (acquises au sein du monde social),

de manières permanentes de construire le monde, de le percevoir, de l'organiser. Les agents construisent l'espace et ils y introduisent des divisions, l'habitus est un schème de visions et de divisions et la plupart des luttes, en particulier les luttes politiques, sont des luttes à propos des divisions (entre dominants et dominés, entre femmes et hommes, etc.).[16] »

Les agents impliqués dans un champ ne sont pas des êtres passifs qui subissent les règles du champ. Non, ils construisent le champ c'est à dire qu'ils sont engagés dans le champ en rapport avec le point de vue qu'ils ont du champ. La perception qu'ils ont du monde professionnel est liée à la position qu'ils détiennent dans ce monde. Comment les ergothérapeutes incorporent-ils l'espace professionnel qui les entoure ? En fait c'est l'habitus qui est le reflet de cette incorporation, il a été façonné par la relation entre l'agent et le champ. L'habitus a une histoire, c'est en cela qu'il est assimilable au processus de socialisation. Les prises de position des ergothérapeutes ne sont que le reflet des expériences accumulées au fil du temps.

Tableau 2 : Indicateurs associés au concept d'habitus

CONCEPT	INDICATEURS
Habitus et socialisation	La situation de travail et la situation professionnelle déterminent un certain type de comportements : - stratégie de promotion de la profession - stratégie de défense de la profession - disposition à tenir un discours sur la position de dominé des ergothérapeutes.

Le passé des ergothérapeutes est en cela déterminant dans les prises de position et les stratégies de positionnement. Au sociologue de saisir cette part de social qui est dans un agent à travers le passé dont il est le produit. L'histoire d'un ergothérapeute ressemble à l'intériorisation d'un vécu. Apparemment chaque agent ergothérapeute a un vécu propre peu comparable avec le vécu d'un autre agent. De plus, le nombre d'années de pratique professionnelle peut accentuer cette différence entre chaque vécu. Chaque cas est donc singulier. Pourtant, dans la mesure où les univers institutionnels des agents se ressemblent peu ou prou, les schèmes de perception, d'appréhension et d'action se rejoignent. Que se passe-t-il en réalité ? Les ergothérapeutes appartiennent à une discipline rare, rare par le peu

[16] P. Bourdieu, Le fonctionnement du champ intellectuel, Regards sociologiques, Université Marc Bloch Strasbourg, 1999, N° 17/18, p. 8.

de connaissances que le public et l'administration ont d'elle, rare par le faible nombre qui la représente. Cette rareté est donc ressentie, quel que soit l'univers de travail, comme une difficulté, un handicap mais aussi comme une exception, une originalité, une opportunité. La position de l'ergothérapie dans le champ professionnel est donc structurante. Elle dicte les points de vue. Ces derniers laissent entendre toutefois qu'il existe un espace des possibles. Les ergothérapeutes détiennent une position objective dans le champ professionnel mais celle-ci n'est que le point de départ pour conquérir de nouvelles positions :

« Cet espace des possibles naît de la relation entre un habitus, un système de catégories de perceptions socialement constitué, et un espace lui-même structuré.[17] *»*

L'ergothérapeute en tant qu'agent participant à un univers professionnel a pris en compte une dimension collective de sa condition, il n'est pas seulement celui qui appartient à tel service de rééducation ou qui intervient dans tel dispositif de maintien à domicile mais il est aussi un ergothérapeute qui possède une capacité de perception et qui renvoie à une appartenance à un même groupe professionnel. Le point de vue d'un ergothérapeute sur sa profession ne naît pas par hasard, il est structuré en réalité par toute une histoire personnelle (à la singularité toute apparente donc) partagée de manière plus ou moins égale par d'autres ergothérapeutes. Les multiples expériences vécues par les ergothérapeutes se retrouvent en « une seule », elles sont apparentées à des conditions d'existence différentes de celles des autres professions paramédicales :

« Chaque condition est définie, inséparablement, par ses propriétés intrinsèques et par les propriétés relationnelles qu'elle doit à sa position dans le système des conditions qui est aussi un système de différences, de positions différentielles, c'est à dire par tout ce qui la distingue de tout ce qu'elle n'est pas et en particulier de tout ce à quoi elle s'oppose : l'identité sociale se définit et s'affirme dans la différence.[18] *»*

L'identité sociale est construite sur le mode de la différence de conditions, de vécus. Elle n'est pas construite sur la base de l'immédiateté d'une interaction avec autrui (un ergothérapeute entre en conflit par exemple avec un collègue non-ergothérapeute sur la manière dont il faut traiter un patient) mais elle est façonnée par l'assimilation progressive des positions différentes dans le champ (dans un rapport dominant/dominé). Dans l'univers professionnel cette identité sociale devient identité professionnelle. Alors que dans une

[17] P. Bourdieu, Ibid, p. 9.
[18] P. Bourdieu, La distinction, Paris, Minuit, 1979, p. 191.

problématique interactionniste[19] l'identité professionnelle est « négociée » en fonction du lieu de travail, de « l'ambiance » au sein de l'équipe médicale par exemple (l'expérience professionnelle est d'abord une expérience individuelle) ; dans une perspective qui s'inspire de la sociologie de P. Bourdieu l'identité professionnelle naît des positions de chaque profession (conditions d'exercice de la profession) dans l'espace professionnel. En cela, l'identité professionnelle est égale à un habitus de profession (une expérience collective).

La question de l'identité et de l'habitus dans une perspective interactionniste et dans le cadre de la sociologie de P. Bourdieu

Courant interactionniste

Ergothérapeute comme acteur social

↓

Relations aux autres professions en situation de travail

↓

Conflit/négociation sur le lieu de travail pour obtenir une « meilleure » place, des gratifications, un changement d'échelon, etc.

↓

Identité professionnelle

Sociologie de P. Bourdieu

Position de la profession dans l'espace professionnel

↓

Conditions d'exercice de la profession

↓

[19] Nous choisissons de confronter le courant interactionniste à la sociologie de P. Bourdieu parce qu'il nous semble que ces deux sociologies sont à « l'opposé » dans leur démarche d'approche de l'objet.

Habitus de profession

(identité professionnelle)

↓

Schèmes de perception commune

↓

Maintien de la position initiale ?

Pour P. Bourdieu la position sociale (professionnelle) n'est pas attribuée une fois pour toute mais elle est en tout cas déterminante et structurante. La représentation qu'ont les ergothérapeutes d'eux-mêmes est fonction de cette position, de ces conditions d'existence. Pour les interactionnistes la relation professionnelle est constamment en « discussion » ce qui veut dire que l'identité d'un ergothérapeute est variable selon le lieu de travail, selon la relation qu'il entretient avec ses collègues au quotidien. Tandis que l'habitus d'un ergothérapeute se mesure d'abord à partir de sa position professionnelle attribuée par le titre (le diplôme) et le décret d'actes. Pourra-t-il changer quelque chose à une situation imposée ?

« Pour qu'un champ marche, il faut qu'il y ait des enjeux et des gens prêts à jouer le jeu, dotés de l'habitus impliquant la connaissance et la reconnaissance des lois immanentes du jeu, des enjeux, etc.[20] *»*

Par ses prises de positions, l'ergothérapeute ne fait que de confirmer l'existence d'un espace de confrontation entre différentes professions. Les stratégies adoptées par les ergothérapeutes et leurs représentants prouvent qu'ils acceptent de participer au jeu tout en ayant une connaissance des règles en vigueur et des chances de gain. Finalement, les concepts de champ et d'habitus sont bien indissociables. Mais un troisième concept vient s'ajouter au deux premiers en ce qu'il donne une clé de la compréhension des rapports entre professions, c'est le concept de légitimité.

3° concept : la légitimité

Ce concept est d'importance parce qu'il renvoie à la manière dont une profession est reconnue. Il fait aussi la jonction entre les sociologues d'inspiration interactionniste (notamment les sociologues américains) avec les sociologues qui s'appuient sur des thèses

[20] P. Bourdieu, Questions de sociologie, Paris, Minuit, 1984, p.114.

énoncées par P. Bourdieu. Il est admis que l'espace professionnel est l'espace de la distribution des titres (essentiellement des titres scolaires). Dans cette opération de reconnaissance par les titres, l'administration joue un rôle central. Une fois obtenu un titre, son détenteur est amené à participer à une organisation à caractère administratif (hôpital, association...) et à subir une forme de domination légitime, celle décrite par M. Weber, la domination légale rationnelle :

« La domination légitime possède un caractère rationnel, car elle repose sur la croyance en la légalité des règlements arrêtés et du droit de donner des directives qu'ont ceux qui sont appelés à exercer la domination par ces moyens.[21] »

La direction administrative, bureaucratique (quel que soit l'échelon, du ministère à la direction administrative d'un service hospitalier) impose une logique de fonctionnement propre. L'ergothérapeute employé dans un service de rééducation dans un hôpital par exemple détient, de par la possession du diplôme d'Etat, une légitimité. Sa position dans l'organisation est définie et nul ne saurait remettre en cause son fondement légal. La réglementation, sous couvert de la procédure, garantie des droits et des acquis à l'ergothérapeute mais impose aussi des obligations de service avec un droit de contrôle par la hiérarchie.

Tableau 3 : Indicateurs associés au concept de légitimité

CONCEPT	INDICATEURS
Légitimité	L'administration comme institution centrale de légitimation : - distribution de titres scolaires - établissement du décret d'actes (encadrement légal des compétences) - place désignée dans la hiérarchie (auxiliaire médicale).

Le diplôme d'Etat, le décret d'actes contribuent à conforter les agents dans leur position. Une fois reconnue par l'administration les ergothérapeutes sont amenés à être conforme aux attentes des institutions qui les emploient. L'administration détient suffisamment de capital symbolique pour imposer une certaine réalité des rapports professionnels, elle participe à l'existence d'une profession et à l'élaboration des représentations qu'entretiennent les professions les unes en fonction des autres.

[21] M. Weber, Economie et société, Paris, Pocket, 1995, p. 289.

« En un sens, on peut dire qu'un métier existe lorsqu'un groupe de gens s'est fait reconnaître la licence exclusive d'exercer certaines activités en échange d'argent, de biens ou de services. (...)

La licence, en tant qu'attribut d'un métier, est généralement conçue comme l'autorisation légale d'exercer un type d'activité.[22] *»*

La licence est donc assimilée à une autorisation d'exercer certaines activités. Selon E. C. Hughes il est possible d'adjoindre à la licence le mandat qui est une façon d'accorder une certaine liberté d'accomplir sa profession mais toujours sous l'autorité de l'administration. Est-ce le cas des ergothérapeutes ?

L 'administration possède cette capacité de régulation des savoirs, ce contrôle à l'accès à la connaissance et donc au diplôme. Ne peut exercer un emploi d'ergothérapeute uniquement celui ou celle qui dispose des connaissances suffisantes et sanctionnées par le diplôme. A cette condition le titulaire du diplôme sera reconnu par le public. M. S. Larson insiste sur l'intérêt des professions à posséder un savoir légitime et donc identifiable :

« La standardisation et la codification des savoirs professionnels est une manière de les rendre plus compréhensibles et plus accessibles par un public potentiel.[23] *»*

Le contenu des formations dispensé par les écoles est largement contrôlé par l'administration pour bien assurer cette cohérence nécessaire à l'unité de la profession. Cette mainmise de l'administration sert la profession en ce sens qu'elle lui accorde un certain monopole d'exercice, une exclusivité dans les pratiques thérapeutiques. Mais jusqu'où les ergothérapeutes peuvent-ils faire usage de ce monopole ? Il y a bien une différence entre le savoir mobilisable et le savoir mobilisé (effectivement) dans le cadre des pratiques thérapeutiques au quotidien. L'intervention de l'administration, sous couvert du diplôme d'Etat et du décret d'actes, joue en faveur et en défaveur des ergothérapeutes puisqu'il représente à la fois une consécration et une contrainte. Consécration à cause de l'attribution d'une licence d'exercer (au sens d'E.C. Hughes) mais aussi contrainte par l'encadrement strict qui est dès lors appliqué aux pratiques au quotidien des ergothérapeutes. Dans ce cas, le gain de légitimité n'aboutit-il pas à limiter le champ d'intervention des ergothérapeutes ? Cette forme de promotion ainsi obtenue ne freine-t-elle pas la profession dans la quête de nouveaux signes de reconnaissance? Autrement dit, les compétences des ergothérapeutes sont légitimées

---

[22] E. C. Hughes, Le regard sociologique, Textes réunis par J- M Chapoulie, Paris, Editions de l'EHESS, 1996, p. 99.

[23] M. S. Larson, The rise of professionalism, A sociological analysis, Berkeley, University of California press, 1977, p. 40.

« The standardization and codification of professionnal knowledge is the basis on which a professionnal « commodity » can be made distinct and recognizable to the potential publics.» (Texte original).

jusqu'à un certain stade, au-delà elles ne sont plus reconnues en raison de leur intrusion possible dans le domaine de compétences d'autres professions. Les critères objectifs de recrutement et de formation ne servent-elles pas à garder à distance les ergothérapeutes des domaines d'intervention thérapeutiques d'autres professions ? L'administration a qualifié l'ergothérapie dans une certaine catégorie qui n'est toutefois pas celle de l'élite. Pour atteindre une autre catégorie faut-il disqualifier les opposants ?

« Une fois les opposants disqualifiés, il s'agit pour les promoteurs d'une idéologie d'établir la légitimité de leur propre groupe, ce qui les placera en position de mettre de l'avant leur projet social.[24] »

La détention éventuelle d'une position légitime ne doit pas cacher la réalité des rapports professionnels qui ressemblent plus à un rapport de forces car les positions ne sont pas définitivement acquises. Le discours des ergothérapeutes et des responsables de l'ANFE va dans le sens de la recherche d'une autre légitimité sur la base d'un savoir propre construit autour de l'expérience et de la compétence. Le diplôme et le décret d'actes sont interprétés alors comme point de départ à toute tentative de conquête d'une nouvelle reconnaissance légale. Ne s'agirait-il pas alors de convaincre l'administration de la légitimité des prétentions des ergothérapeutes ? C'est une hypothèse que nous développons avec d'autres.

2.2. Enoncé des hypothèses

La construction des hypothèses n'est qu'une nouvelle étape de l'élaboration de notre objet d'étude. Concepts et hypothèses sont étroitement articulés entre eux. Dans l'analyse de la profession d'ergothérapeute l'énoncé préalable de concepts préfigure le développement d'un certain nombre d'hypothèses qui leur sont liées. Dans la démarche déductive les

---

[24] J. Harvey, L'incorporation des chiropraticiens au Québec : stratégies discursives et luttes professionnelles, Recherches sociographiques, N° XXVII, 2, 1986, p. 231.
Recherches sociographiques est une revue publiée par le département de sociologie de l'Université laval (Québec). Cet article relate la façon dont les chiropraticiens* ont cherché à se faire reconnaître comme agent possesseur d'un savoir face à la médecine « officielle ».

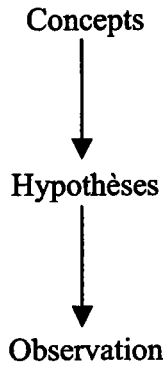
« Ecartés des hôpitaux, poursuivis en justice par les médecins pour pratique illégale de la médecine, les chiropraticiens canadiens réussirent tant bien que mal à survivre aux attaques médicales, à se constituer un marché et à voir progressivement reconnaître leurs prétentions à la possession d'un savoir exclusif.»
(J. Harvey, p. 222)

* Praticien qui exécute un traitement médical par manipulations effectuées sur diverses parties du corps (notamment la colonne vertébrale). (Dictionnaire Petit Robert)

Les chiropraticiens, afin d'obtenir cette légitimité nécessaire à l'autorisation d'exercer, se sont engagés dans une stratégie visant à faire reconnaître leur spécificité en créant une association, en insistant sur le caractère scientifique de leur savoir, en mettant en avant la reconnaissance par des médecins de leur pratique, etc. Derrière le projet professionnel des chiropraticiens ne se cache-t-il pas une volonté aussi de malmener la légitimité des médecins ?

concepts sont toujours plus ou moins à l'origine d'hypothèses. De plus, celle-ci est ponctuée par l'observation des faits ; l'hypothèse devient observable dans ce cas-là.

Hypothèses « confirmées » par les faits



La validité des concepts et des hypothèses doit donc être empiriquement confirmée par les faits, par l'observation des faits. A la différence du courant interactionniste qui part lui de l'observation des faits pour ensuite émettre des concepts et des hypothèses, il suffit donc de savoir observer le quotidien pour dégager en quelque sorte des lois. Les hypothèses avancées par ces deux courants ne sont pas les mêmes :

Tableau 4 : Hypothèses sur la base de la sociologie de P. Bourdieu

Hypothèse 1	Les membres d'une profession (ergothérapeute) développent un habitus de profession propre à entretenir un rapport de forces avec les autres professions dans un espace social précis.
Hypothèse 2	Le champ professionnel est essentiellement un champ institutionnel où l'autorité administrative vient légitimer et/ou remettre en cause les compétences des ergothérapeutes.
Hypothèse 3	Le rapport de forces se déplace de la situation de travail au niveau institutionnel et politique. Mobilisation des agents (ergothérapeutes et autres professions paramédicales) pour mettre en place des stratégies d'opposition (création d'association ad hoc comme l'UIPARM).

Hypothèse 4	Les ergothérapeutes engagés dans un champ partagent les mêmes intérêts. Il existe donc une complicité objective entre ergothérapeutes qui est produite par le champ.

Arrêter des hypothèses c'est fixer des points d'ancrage à la réflexion en dépassant le sens commun, les idées reçues sur une question. Les **hypothèses 1 et 3** présupposent par exemple, des conditions qui sont à l'origine d'un rapport de forces qui d'ailleurs a toutes les probabilités d'aboutir à un rapport de luttes entre membres d'une profession d'un côté et l'administration de l'autre. Un travail de confrontation entre la manière dont les ergothérapeutes perçoivent et vivent le rapport de forces avec les caractéristiques du concept de champ permet de tester ces hypothèses. Ainsi l'hypothèse représente cette transition entre le concept et le réel. **L'hypothèse 2** évoque la régulation du champ professionnel par l'administration : malgré le diplôme d'Etat, les ergothérapeutes ne sont pas totalement légitimés dans leurs pratiques thérapeutiques, ils n'ont pas obtenu toutes les garanties. Il y a une forme d'acceptation de la domination de l'administration, mais jusqu'où ? **L'hypothèse 4** rappelle la capacité structurante du champ dans la mobilisation des intérêts communs. La désignation (implicite) par l'ANFE d'un « adversaire commun » (l'administration) peut être considérée comme un facteur de solidarité. Cette liste d'hypothèses n'est pas finie, elle en appelle d'autres au fur et à mesure de la recherche.

Quant au courant interactionniste celui-ci propose des hypothèses qui partent des faits, par exemple d'une situation de travail, pour montrer comment se construit l'identité sociale et professionnelle d'un acteur social (l'ergothérapeute) dans les multiples interactions au quotidien. Il y a, dès lors, des possibilités de changer d'identité relativement en fonction des diverses situations rencontrées. Dans cette perspective parle-t-on encore de l'identité des ergothérapeutes ou de l'identité de tel ergothérapeute qui travaille dans tel service à un moment donné ?

Pour notre part, la formulation des concepts et des hypothèses nous amène à chercher des réponses dans les faits:

« L'hypothèse doit indiquer, directement ou indirectement, le type d'observations à rassembler ainsi que les relations à constater entre ces observations afin de vérifier dans quelle mesure celle-ci est confirmée ou infirmée par les faits. Cette phase de confrontation de

l'hypothèse et de données d'observation se nomme la vérification empirique. C'est par la construction des concepts et de leurs indicateurs que l'hypothèse devient observable. [25] »

Le recueil des données une fois les concepts et les hypothèses posés réclame l'usage de techniques d'investigation précises. Quelles techniques alors utilisées pour appréhender la réalité d'une profession telle que l'ergothérapie ?

Toute démarche de recherche implique d'abord un travail de présentation de concepts et d'hypothèses. Ce n'est pas par pure volonté d'abstraction que le sociologue s'engage à produire des concepts mais par volonté de compréhension. Le monde professionnel renferme des réalités qui sont identiques à celles observables dans la société en général. L'ergothérapeute a des représentations propres de l'univers professionnel dans lequel il vit, ce ne sont pas celles du chercheur. Pourtant le chercheur part d'intuitions théoriques qui à mesure où elles sont confrontées à la réalité s'avèrent pertinentes pour la construction de l'objet. Le sociologue n'est pas un individu placé en dehors du monde social et encore moins du monde professionnel, il vit à l'intérieur de celui-ci avec ses propres préjugés, prénotions, etc. A lui de les contrôler et de les dépasser pour déboucher sur cette capacité à analyser son rapport à l'objet.

[25] R. Quivy, L. Van Campenhoudt, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 2000, p136.

CHAPITRE II

LA COLLECTE ET LE TRAITEMENT DES DONNEES

Le choix des concepts et des hypothèses est déterminant dans la cohérence d'une démarche. Tandis que l'intérêt de la collecte des données est d'apporter les éléments d'information nécessaires à l'élaboration de la démonstration. Les techniques de recueil des données sont variables, elles s'appuient sur différentes sources dont l'entretien, les textes et surtout le questionnaire. Chaque technique apporte sa contribution dans la validation ou l'invalidation des concepts et des hypothèses préalablement posés. Dans une approche hypothético-déductive l'information recueillie donne donc à la démarche toute sa cohérence. Dans notre étude le questionnaire prend une place centrale parce qu'il a été construit autour d'un objectif précis celui de rendre compte de la position d'une profession au regard des représentations qui se dégagent des réponses aux questions. Un travail d'exploration est ainsi nécessaire au travers d'entretiens, de lectures diverses pour construire le questionnaire.

1. ENTRETIEN ET ETUDE DE TEXTES

Le choix d'une ou des techniques d'investigation doit être soumis à des critiques préalables pour clarifier la démarche. Certains auteurs rendent attentifs le chercheur face aux multiples statistiques sur lesquels il peut s'appuyer. L'entretien, les études de texte sont alors

un point d'appui important autant dans la construction de l'objet que dans la validation des hypothèses et des concepts.

1.1. De la nécessité de sélectionner l'information

« Dans tout travail qui s'appuie sur des éléments statistiques, il est important, indispensable d'exposer soigneusement la façon dont on est arrivé aux données dont on se sert. Car, dans l'état actuel des diverses statistiques judiciaires, économiques, démographiques, etc., chaque document appelle la plus sévère critique. Considérons en effet les documents officiels, qui, en général, offrent le plus de garanties. Ces documents eux-mêmes doivent être examinés dans tous leurs détails, et il faut bien connaître les principes qui ont présidé à leur confection.[1] »

Les auteurs nous rendent vigilants sur la manière dont le chercheur collecte les données mais en plus ils nous invitent à être critique face aux sources statistiques officielles. L'accumulation d'informations statistiques comporte ses propres difficultés, elle n'est pas séparable de la démarche de recherche engagée par le sociologue :

« Une représentation du travail scientifique qui distingue comme deux phases différentes et successives la collecte des données et leur analyse, et qui implique que le travail du statisticien serait purement descriptif et ne comporterait pas directement d'analyse ou d'interprétation des phénomènes décrits est erronée. Cette représentation de la division du travail scientifique ne permet pas de voir que la construction de données est elle-même théorique et qu'on ne peut dissocier la « mesure » d'un phénomène de son analyse ou interprétation.[2] »

Que le chercheur adopte la démarche inductive ou la démarche déductive, la méthode de recueil de données est, à un moment ou à un autre nécessaire et obligatoire. Nécessaire pour la compréhension et l'explication de phénomènes, obligatoire pour la validation et l'invalidation des hypothèses. Le choix du sociologue pour telle ou telle technique répond à un souci strict de démonstration. On prétend souvent que la démarche déductive recourt à la méthode quantitative en procédant essentiellement par enquête, par questionnaire sur une grande échelle avec une production statistique importante au final, alors que la démarche inductive reprend la méthode qualitative en utilisant des techniques plus diverses comme les

---

[1] P. Fauconnet, M. Mauss, cité par P. Champagne et coll., Initiation à la pratique sociologique, Paris, Dunod, 1999, p. 103.
[2] P. Champagne et coll., Ibid, p. 127.

entretiens directifs ou semi-directifs, des observations de terrain, les récits biographiques, etc. En fait la diversité des problèmes et des objets en sociologie a rendu caduc ce cloisonnement des méthodes et il n'est pas rare que les procédés de démonstration empruntent plusieurs techniques d'investigation qui relèvent des deux démarches. Notre recherche s'est appuyée en effet sur diverses techniques dont le recueil de statistiques officielles (INSEE, DRASS, DRESS, ministère de la Santé...), les entretiens, l'exploitation des documents extraits des revues à caractère scientifique ou des bulletins destinés essentiellement aux ergothérapeutes, et surtout elle se concentre sur la collecte de données à partir d'une enquête quantitative. Peu de statistiques officielles portent précisément sur la profession d'ergothérapeute, par exemple l'INSEE ne relate pas expressément les ergothérapeutes dans son découpage de la population active par PCS.

1.2. L'entretien semi-directif

Quel sens donner à l'entretien ?

Le principe de l'entretien est d'apporter au chercheur des éléments d'informations supplémentaires pour à la fois mieux cerner l'objet et pour confirmer les hypothèses préalablement énoncées. Dans notre recherche nous avons choisi des personnes qui, de par leur position, apportent des informations utiles pour mieux cerner la profession dans ses aspects institutionnels et pour situer la profession sous l'angle de la qualification et des compétences mobilisées. Les ergothérapeutes interrogés ont ou avaient diverses fonctions dans la profession soit directeur ou ancien directeur technique au sein d'un Institut de formation en ergothérapie soit ergothérapeute en exercice ou à la retraite soit responsable ou ancien responsable au sein de l'ANFE.

Chaque position occupée nous apporte des éclairages différents sur la réalité de la profession. Et ce sont essentiellement des entretiens semi-directifs qui ont été menés, ils ont l'avantage de donner à l'interrogé des « espaces » nécessaires pour évoquer la situation de la profession sous des angles nouveaux que l'enquêteur n'a peut-être pas soupçonnés. Un guide d'entretien répertorie au préalable des thèmes qui doivent être abordés au cours de l'entretien. En fonction de la personne interrogée nous construisons un guide avec un ordre des thèmes qui représente la ligne de conduite de notre entretien.

Le directeur technique d'un Institut de formation en ergothérapie

Le directeur technique a pour responsabilité première de s'occuper de l'aspect organisationnel et pédagogique d'un Institut de formation en ergothérapie. Le directeur d'un institut est obligatoirement titulaire du diplôme de cadre de santé. La formation dispensée aux étudiants dans un institut équivaut à une préparation au diplôme d'Etat en ergothérapie.

Nous proposons un guide d'entretien (sous forme de tableau) des principaux thèmes abordés et les relances verbales prévues au cours des entretiens :

PRINCIPAUX THEMES DU GUIDE D'ENTRETIEN	RELANCES VERBALES PREVUES
Le statut des Instituts de formation en ergothérapie	*Ce ne sont pas des écoles publiques ?*
Les modalités d'admission dans un institut	*Des dérogations sont possibles pour intégrer un institut ?*
La composition de l'équipe enseignante	*Coordination et coopération au sein de l'équipe ?*
Le contenu de la formation	*Qui fixe la nature des savoirs dispensés ?*
Le rôle joué par l'institut dans la défense de la profession	*S'agit-il de mieux définir les contours de l'ergothérapie ?*
Enjeux dans les prochaines années autour des savoirs dispensés	*Existe-t-il une possible intégration des ergothérapeutes dans un cursus universitaire ?* *Des liens sont-ils possibles avec le monde de la recherche, l'université en somme ?*
L'ergothérapie un enjeu de santé publique	*La question de la réadaptation et du retour à domicile est-elle abordée dans les instituts ?*

La position du directeur d'un institut est d'ordre institutionnel ses marges de manœuvre sont étroitement liées au statut de l'institut et à la réglementation qui préside à tout fonctionnement de celui-ci. Les modalités de la formation des ergothérapeutes dépendent-elles en partie de la mobilisation des directeurs des instituts ? La réclamation d'une augmentation de la qualification des ergothérapeutes de la part des directeurs passe-t-elle par l'intégration des formations dans les universités, dans les facultés de médecine ? Autant de questions qui soulèvent divers enjeux autour du futur statut de l'ergothérapeute.

L'ergothérapeute en exercice ou à la retraite

S'entretenir avec des ergothérapeutes est l'occasion d'évoquer des questions qui portent sur la qualification, les compétences, le statut, les relations avec les collègues et la

hiérarchie au sein de différentes institutions. L'entretien semi-directif amène ce supplément d'informations nécessaire à la compréhension d'une situation donnée.

Comme pour le cas précédent nous proposons un guide d'entretien (sous forme de tableau) des principaux thèmes abordés et les relances verbales prévues au cours des entretiens :

PRINCIPAUX THEMES DU GUIDE D'ENTRETIEN	RELANCES VERBALES PREVUES
Evolution de carrière	*Avez-vous l'intention de rester dans le même service ?*
La valorisation des compétences et la reconnaissance de ces mêmes compétences	*Comment se passe la collaboration avec les autres membres de l'équipe médicale ?*
Les conditions de travail	*Quelle est la part des contraintes administratives ?*
Les satisfactions au travail	*Quelles sont vos relations avec le patient ?*
La routine dans le travail au quotidien	*Qu'est-ce qui fait la valeur de votre travail ?*
Profession en évolution	*Quelles sont les activités proposées dans le cadre de votre travail ?*
Avenir de l'ergothérapie	*Avez-vous l'intention de vous installer en libéral ?*

C'est dans les relations au quotidien avec le patient, au sein de l'équipe médicale que l'ergothérapeute trouve sa place. Fort de sa qualification et de son expérience il participe au projet thérapeutique du groupe médical. La rééducation et la réadaptation comme disciplines à part entière ne se conçoivent pas sans une mise en commun de moyens et de compétences entre professionnels de la santé. A charge pour l'ergothérapeute de s'affirmer, de montrer l'utilité des méthodes thérapeutiques qui sont les siennes. Est-ce sur le terrain que l'avenir de l'ergothérapie se joue ou dans les cabinets ministériels ?

Responsable ou ancien responsable au sein de l'ANFE

L'ANFE joue ce rôle d'intermédiaire, de relais entre les ergothérapeutes et les instances institutionnelles de décision, notamment le ministère de la Santé. Cette association mentionne clairement dans ses statuts la volonté de faire la promotion de l'ergothérapie. Les responsables qui se sont succédés à sa tête n'ont pas dévié de ce but. Mais que signifie faire la promotion d'une profession ?

Là encore nous proposons un guide d'entretien (sous forme de tableau) des principaux thèmes abordés et les relances verbales prévues au cours des entretiens :

PRINCIPAUX THEMES DU GUIDE D'ENTRETIEN	RELANCES VERBALES PREVUES
Le rôle de l'ANFE dans la promotion de l'ergothérapie	*Comment se mobilisent les membres de l'ANFE ?*
Les principales revendications de l'ANFE	*Lesquelles de ces revendications sont les plus importantes : renouvellement du décret d'actes, allongement de la durée des études, etc ?*
Les relations des responsables de l'ANFE avec l'administration dans le but de faire aboutir certaines revendications	*Les actions de l'administration sont-elles transparentes ?* *La relation à l'administration et au politique se résume-t-elle à une querelle d'experts ?*
La création de l'UIPARM	*Les intérêts des ergothérapeutes se confondent-ils avec ceux des autres professions paramédicales ?*
Les conséquences sur la profession d'un changement de gouvernement	*Est-ce le politique qui prend les décisions, tandis que l'administration ne fait que de les appliquer ?*
La reconnaissance institutionnelle de l'ergothérapie	*Quel est le rôle du décret d'actes dans la reconnaissance de l'ergothérapie ?*
Le rôle des instances intermédiaires comme le Conseil supérieur des professions paramédicales	*Quelle représentativité de l'ergothérapie dans ces instances ? Comment la modifier ?*

Les enjeux autour de la reconnaissance de la profession d'ergothérapeute prennent une toute autre dimension dans un cadre institutionnel, légal-rationnel (au sens de M. Weber). Les responsables de l'ANFE l'ont bien compris, face à la « concurrence potentielle » d'autres professions paramédicales le statut d'une profession comme l'ergothérapie n'est acquis qu'au bénéfice de décisions réglementaires (création du diplôme d'Etat, décret d'actes, etc.).

1.3. Etude de textes

L'origine des documents textuels

La collecte des données prend appui également sur des textes ou des extraits de textes. Ceux-ci sont classés selon deux catégories :

- les textes des ergothérapeutes eux-mêmes, textes tirés essentiellement de deux revues spécialisées dans le domaine de l'ergothérapie (Journal d'ergothérapie et Expériences en ergothérapie) ainsi que du Bulletin de liaison de l'ANFE (bulletin d'information des ergothérapeutes adhérents à l'ANFE)
- les écrits des spécialistes en sciences sociales qui s'orientent vers des questions relatives à la profession, à la qualification et à la compétence tandis

que d'autres documents évoquent l'organisation administrative, l'organisation du système de santé et l'économie de la santé en général.

La première catégorie de personnes en s'exprimant sur l'ergothérapie donne au chercheur des éléments d'information importants sur les compétences des ergothérapeutes. Les articles publiés par les ergothérapeutes dans les revues spécialisées sont l'occasion d'une évocation d'un large panel de compétences que le chercheur interprète comme des prises de position face aux autres professions paramédicales. Un article qui paraît dans une « revue de spécialistes » donne à son auteur une certaine légitimité.

La deuxième catégorie de personnes apporte par ses analyses des éclairages sur les travaux des ergothérapeutes. La lecture sociologique des témoignages des ergothérapeutes sur leur degré de compétences par exemple est une phase importante de notre travail.

Traitement des textes

Nous avons opté pour différentes techniques de traitement de texte. La technique de traitement de texte change en fonction du sens que veut donner le chercheur à la démonstration. L'analyse en terme de champ par exemple amène l'observateur à utiliser le document dans une certaine optique.

En reprenant les productions écrites des ergothérapeutes nous avons fait un travail de sélection des écrits dont le contenu nous paraît le plus représentatif d'une position professionnelle donnée dans un espace professionnel donné. L'analyse s'appuie dès lors sur des titres d'articles ou des extraits d'articles dont nous retenons des mots clefs, des expressions significatives.

En prenant comme thème la question des « compétences des ergothérapeutes en psychiatrie » par exemple, un détour par l'énoncé de quelques titres d'articles (tirés des revues spécialisées en ergothérapie) met en évidence la « place » que réclament les ergothérapeutes dans cette discipline. D'autres extraits (plus longs) de textes sur le même thème soulignent le large éventail des compétences des ergothérapeutes. Par une opération de sélection de mots ou de passages de mots le chercheur apporte sa contribution à la compréhension d'une situation qualifiable de concurrentielle.

Dans un autre registre, les écrits des spécialistes en sciences sociales servent globalement à illustrer une idée, à étayer un argument. La prise en compte des facteurs économiques dans la promotion de l'ergothérapie par exemple appelle différents points de vue de spécialistes. Le contexte économique général est déterminant dans la compréhension des choix d'orientation budgétaire du gouvernement. L'avenir de la profession d'ergothérapeute

dépend aussi des décisions en matière de politique de santé. Aussi, le choix de tel passage d'article ou de livre prend tout son sens dans une démonstration. De même que la technique de l'analyse longitudinale nous permet de comparer la démarche et les différentes thèses d'auteurs sur un sujet précis. La multiplication des productions écrites ces dernières années sur le thème du vieillissement par exemple appelle une lecture attentive et méthodique, l'analyse longitudinale a pour avantage de ne pas se disperser dans les différents sous-thèmes proposés et d'offrir une grille de lecture à des fins démonstratives. Dans un même but de collecte des données le questionnaire nous informe sur une profession telle que l'ergothérapie.

2. LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est cet instrument de mesure qui apporte les informations utiles pour mieux cerner l'objet. En complément aux éléments tirés des entretiens et des textes il a toute sa place dans le dispositif d'enquête. Toujours dans l'intention de construire l'objet nous avons élaboré la structure du questionnaire en fonction des hypothèses énoncées auparavant.

2.1. Le choix de l'échantillon

Echantillon aléatoire

Nous n'avons pas eu de difficultés pour savoir « qui interroger ? » à l'inverse des enquêtes (sondage d'opinion par exemple) qui ont pour référence une population toute entière. Néanmoins l'enquêteur est amené à se poser la question de la représentativité de l'échantillon choisi au regard de l'ensemble de la population des ergothérapeutes.

Partant du point de vue que les ergothérapeutes, quel que soit le lieu de travail, ont un vécu professionnel proche il nous a paru normal de constituer l'échantillon par la technique simple du tirage au hasard à partir d'une liste complète (fournie par l'ANFE) des services en ergothérapie en France. Nous avons constitué en somme un échantillon aléatoire c'est-à-dire qu'un membre de la population « ergothérapeute » doit avoir la même probabilité que les autres de figurer dans celui-ci. Toutefois, dans le souci de toucher le plus de monde possible, nous avons invité, dans notre lettre de présentation de l'enquête, les ergothérapeutes d'un même service à dupliquer le questionnaire et à le remplir. Le questionnaire (voie annexe 1) a été diffusé en mars 2000 dans 400 lieux d'exercice, le nombre de personnes concernées est donc supérieur à 400 (pour 4000 ergothérapeutes en exercice cette année-là). Plus de 1/10° de la population des ergothérapeutes a eu connaissance du questionnaire, 309 ergothérapeutes

nous ont répondu soit un taux de retour d'environ 77.5 % (ce qui est élevé et dénote un certain intérêt pour l'enquête et notre recherche[3]).

Par ailleurs, les étudiants en ergothérapie ont été également sollicités pour remplir un questionnaire (voir annexe 2) ; 206 d'entre eux ont répondu, ils sont répartis inégalement entre la première, la deuxième et la troisième année[4] de cinq Instituts de formation en ergothérapie[5].

Passation du questionnaire

A partir d'un fichier d'adresses des différents lieux d'exercice des ergothérapeutes nous avons diffusé le questionnaire par voie postale. Le questionnaire a été accompagné par une lettre de présentation de l'enquête. Dans cette lettre nous stipulons que l'enquête s'inscrit dans une étude menée sur les ergothérapeutes[6]. Parfois, l'enquêté profite du renvoi du questionnaire rempli pour solliciter l'enquêteur sur la manière dont il peut obtenir les « conclusions » de l'étude. Apparemment l'auto-administration du questionnaire par les ergothérapeutes en exercice n'a pas freiné sa diffusion et son retour. Il est vrai aussi que la distribution d'un questionnaire sur le mode du face-à-face (en évitant l'enquête par correspondance) a pour avantage de mieux « impliquer » l'interrogé dans les buts de l'enquête. Si le taux de non-réponses au questionnaire monte à 22.5 % (100 % – 77.5%), celui à la question 33[7] mérite aussi d'être relevé puisqu'il atteint 14.5% (taux de non-réponses le plus élevé à une question[8]). Les non-réponses à la question 33 ne sont-elles pas symboliques

---

[3] Le sociologue ne peut pas éviter de s'interroger sur ce taux de retour. Le fait qu'il soit élevé (ce qui nous satisfait évidemment d'un point de vue de la quantité de matériel à notre disposition) nous amène à nous poser la question du sens que donnent les ergothérapeutes à cette enquête. Dans notre lettre de présentation de l'enquête il est question de « l'étude de la profession d'ergothérapeute ». Le simple intérêt que porte un chercheur à une profession a suscité un engouement certain dont il faut tenir compte. En somme en répondant à la sollicitation de l'enquêteur les enquêtés lui ont indiqué indirectement que maintenant qu'il a les éléments « en main » qu'il fasse en sorte que l'étude « aboutisse… ».

[4] La formation d'un ergothérapeute se déroule sur trois années.

[5] Il s'agit des instituts de Berck sur Mer, de Bordeaux, de Créteil, de Nancy et de Rennes sur les huit établissements que compte la France.

[6] Extrait de la lettre de présentation de l'enquête :
« Madame, Mademoiselle, Monsieur,
Dans le cadre de mes recherches en sociologie au sein de l'Equipe de Recherche d'Anthropologie et de Sociologie de l'Expertise (Université de Metz), je mène une étude sur les ergothérapeutes. Celle-ci a pour but, entre autres, de mieux connaître cette profession. (...)
Les résultats de l'étude seront confidentiels et seront exploités de façon statistique. La participation à l'étude est volontaire mais la participation de tous est souhaitée. (...). »

[7] C'est une question ouverte qui s'énonce ainsi : *« Quels sont les aspects de la profession qui vous paraissent les moins intéressants ? »*

[8] Le taux de non-réponses à la question 32 (question ouverte qui est libellé comme ceci: « *Quels sont les aspects de la profession qui vous paraissent les plus intéressants ? »*) s'élève seulement à 1.6%.

d'une intention de la part des ergothérapeutes interrogés de ne pas « dévaloriser » leur profession ?

S'agissant des étudiants en ergothérapie, le taux de retour des questionnaires est moins élevé que celui des ergothérapeutes en exercice. Sachant que toutes les promotions lors de la diffusion du questionnaire ne sont pas toujours présentes dans l'établissement en raison de la participation à des stages, seuls environ 350 étudiants sur les 500 potentiels (100 étudiants par institut environ) ont été invités à remplir le questionnaire. 206 étudiants sur 350 ont participé à l'enquête soit un taux de retour de 58.8 %. Selon les situations dans lesquelles les questionnaires ont été distribués (en début de cours ou déposés à l'entrée de la salle de cours) ou selon la manière dont est présentée l'enquête par l'enseignant ou le directeur technique de l'institut le nombre de questionnaires remplis varie. Cela reste toutefois un taux important et un échantillon d'étudiants largement représentatif. Chez les étudiants nous retrouvons une répartition des taux de non-réponses quasi-identiques à celle des ergothérapeutes en exercice pour deux questions similaires[9] (2.6 % pour la question 15 et14 % pour la question 16). Les étudiants comme les ergothérapeutes écartent-ils d'une certaine façon les questions qui leur paraissent gênantes ?

2.2. La structure du questionnaire

Présentation du questionnaire

Le questionnaire (voir annexe1 et 2 pour le détail des questions) destiné aux ergothérapeutes en exercice[10] est un questionnaire fermé, qui propose à l'enquêté des questions sur un choix de réponses préétablies (dans certains cas, il l'invite à ajouter une information si le choix proposé n'était pas suffisant). Il propose aussi, en dernier lieu, des questions ouvertes qui laissent à l'enquêté le soin d'exprimer ses opinions sur des questions plus générales. Mais ce n'est pas une enquête de comportement ou d'opinion, les questions portent plutôt sur le vécu professionnel c'est-à-dire sur la manière dont les ergothérapeutes perçoivent leur profession au quotidien, dans leur environnement de travail. L'idée est à la fois de rapprocher « le présent » et « l'avenir » dans un cadre conceptuel s'inspirant de la sociologie de P. Bourdieu. Rendre compte de la manière dont les ergothérapeutes appréhendent leur profession et s'interrogent sur elle, tels sont les objectifs du questionnaire.

---

[9] Question 15 sur *« les aspects les plus intéressants de l'ergothérapie »* et la question 16 sur *« les aspects les moins intéressants »*.

[10] Nous proposons d'analyser exclusivement l'enquête destinée aux ergothérapeutes en exercice parce que sa structure et les questions posées rejoignent en grande partie celle des étudiants (voir annexe).

Les réponses aux questions ouvertes sont de ce point de vue importantes. Tandis que les questions fermées si elles donnent des informations sur le rapport au travail, elles ne donnent pas complètement les clés de la compréhension des enjeux du champ professionnel et institutionnel. Ce n'est pas le moindre des paradoxes de dire que dans un questionnaire fermé ce sont les questions ouvertes qui paraissent les plus significatives pour évoquer une profession dans ses multiples dimensions.

Quelles questions avons-nous posé aux ergothérapeutes ? Quel sens donné à ces questions ? Comment ont-elles été construites ? Sur quelle base conceptuelle ? A partir de quelles hypothèses ?

« Un groupe qui est parvenu à assurer sa cohésion, à imposer la croyance dans son existence et à s'objectiver dans les institutions paraît avoir la propriété d'une « chose ».[11] »

Dans leur discours les ergothérapeutes montrent qu'ils ont une pratique de l'espace professionnel dans lequel ils évoluent. Et ils manifestent une cohérence des pratiques jamais aussi forte que dans le rapport à l'autre, le rapport de luttes :

« Dans ces luttes, des groupes ont quelque chose à gagner ou à perdre qui n'est autre que leur propre existence en tant que groupes distincts et visibles comme tels.[12] »

Concernant les ergothérapeutes il ne s'agit pas de luttes ouvertes c'est à dire des manifestations de rues ou des grèves mais plutôt des mouvements d'interpellation de responsables politiques (députés, sénateurs, directeurs de cabinet, ministres...). La question des capacités de mobilisation des ergothérapeutes est donc largement posée.

L'ordre des questions

L'enquête menée auprès des ergothérapeutes en exercice contient une première série de questions sur l'identification de la personne enquêtée avec des questions classiques sur l'âge, le sexe, les années d'ancienneté dans la profession...puis des questions portant sur sa situation matrimoniale en plus de celles relatives à la situation professionnelle des parents. Le but est de mesurer l'origine sociale des personnes interrogées et d'apprécier l'existence d'une forme d'hérédité sociale.

IDENTIFICATION DES ERGOTHERAPEUTES

Questions :
1) Quel est votre âge ?
2) Quel est votre sexe ?

[11] L. Boltanki, Les cadres, Minuit, Paris, 1982, p. 54.
[12] L. Boltanki, Ibid , p. 54.

3) Années d'ancienneté dans la profession ?
4) Êtes-vous titulaire du BAC ?
5) Avez-vous occupé une autre profession avant celle d'ergothérapeute ?
6) Avez-vous suivi ou interrompu une autre formation avant d'entrer à l'école d'ergothérapie ?
7) Comment avez-vous eu connaissance du métier d'ergothérapeute ?
8) Avant d 'entrer à l'institut de formation en ergothérapie aviez-vous une idée précise de ce qu'est la profession d'ergothérapeute ?

Remarque :Les questions de 9 à 18 portent sur la situation matrimoniale et la situation professionnelle des parents avec une précision concernant le diplôme

Cette série de questions de 1 à 8 apportent des précisions sur les conditions qui ont amené les ergothérapeutes à s'engager dans cette discipline. Le choix de l'ergothérapie n'est pas un choix mûri, réfléchi en lycée, il est le produit de nombreux tâtonnements : près de 70 % des personnes interrogées ont suivi d'autres études avant de s'engager sur la voie de l'ergothérapie. L'âge et l'ancienneté sont aussi des variables importantes, ne reflètent-elles pas un certain dynamisme de la profession ? Les questions 7 et 8 par exemple s'arrêtent sur les dispositions qu'ont les futurs ergothérapeutes à connaître leur profession. Leurs réponses sont-elles une façon d'avouer un habitus de profession ? A cela peut s'ajouter un habitus de classe moyenne selon l'origine sociale des ergothérapeutes. La situation matrimoniale ne doit pas cacher non plus le poids des structures sociales dans les façons de percevoir la réalité professionnelle.

La deuxième série de questions a pour centre d'intérêt le cadre de travail. Les questions 19 à 23 concernent le statut de l'ergothérapeute et son niveau de rémunération. Les questions 24 à 26 s'arrêtent sur les pratiques professionnelles et les conditions de travail plus généralement. Les ergothérapeutes sont très majoritairement des salariés travaillant en institution (hôpital, association, centres de rééducation...) et la question est de savoir s'ils sont intéressés par l'exercice libéral et les raisons qui les font renoncer à s'engager sur cette voie. Les questions qui visent les relations en milieu professionnel (les questions 24 à 26) sont intéressantes pour évaluer le degré de collaboration qui existe entre les professions de la santé. Les réponses à ces questions donnent une idée du niveau de reconnaissance mutuelle entretenu par ces mêmes professions.

LE CADRE DE TRAVAIL

Questions :

19) Travaillez-vous ? En libéral ; en institution ?
20) Dans quel type d'institution travaillez-vous ? (...)
21) Travaillez-vous ? A temps plein ; à temps partiel ?
22) Pourriez-vous nous indiquer votre rémunération mensuelle ?
23) Quelles sont les raisons principales qui vous font renoncer à vous installer en libéral aujourd'hui ? (...)

24) Comment considérez-vous l'organisation du travail dans laquelle vous évoluez ? (...)
25) Sur la collaboration entre les médecins et autres professions paramédicales. (...)
26) Les motifs de satisfaction et d'insatisfaction dans cette profession ? (...)

Remarque : les questions suivies de la mention (...) sont des questions qui renvoient à un choix de réponses fixé à l'avance par l'enquêteur.

Le cadre de travail n'est jamais déterminant en soi pour mesurer le degré d'implication dans une profession. Chaque cadre de travail est différent et il ne fournit que peu d'indications sur la réalité professionnelle des ergothérapeutes. Pourtant la situation de travail est souvent un révélateur des rapports qu'entretient le représentant d'une profession avec les représentants des autres professions. De ce point de vue, l'enquête quantitative propose des renseignements suffisamment précis pour confirmer qu'il y a peu de lien entre les conditions de travail et les conditions d'existence d'une profession. Les conditions de travail « assez satisfaisantes voire satisfaisantes » au niveau donc de l'organisation du travail, de la collaboration avec les autres professions ne doivent pas occulter la difficulté à obtenir un autre statut dont celui de libéral.

La troisième série de questions s'intéressent à « l'avenir » de la profession. Ce titre apparaît dans le questionnaire, il « invite » l'ergothérapeute à se projeter dans l'avenir à partir de ses schèmes de perception. Chaque ergothérapeute a une connaissance pratique de l'ergothérapie mais en l'interrogeant sur l'avenir de la profession le chercheur le place dans un contexte plus vaste, celui du champ professionnel.

AVENIR

Questions :

27) Avez-vous envisagé de changer d'emploi, d'arrêter la profession d'ergothérapeute ? (...)
28) Participez-vous ou avez-vous participé à des projets de recherche en ergothérapie ?
29) Êtes-vous un(e) adhérent(e) de l'ANFE ? (...)
30) Avez-vous déjà participé à des actions pour défendre votre profession ou pour mieux la faire connaître ? (...)
31) Pensez-vous que la profession d'ergothérapeute est connue :
du « grand public » ; des médecins ; des autres professions paramédicales ; de l'administration
32) Quels sont les aspects de la profession qui vous semblent les plus intéressants ?
33) ... Les aspects les moins intéressants.
34) D'une manière générale comment voyez-vous l'avenir de l'ergothérapie ?

Les questions de 27 à 30 soulèvent le problème de l'engagement, de la mobilisation en faveur de la profession. En participant à des actions pour « défendre la profession ou mieux la faire connaître » l'ergothérapeute est à la fois le participant et le produit du champ. Ce champ est incorporé dans les structures mentales. L'ergothérapeute est impliqué dans un rapport de forces dominant/dominé qui est à l'origine de ses prises de positions. La perception qu'il a du

monde médical n'est pas celle qu'il vit au milieu de son cadre de travail mais bien celle de la profession telle qu'elle a évolué depuis qu'elle existe. Il y a bien une genèse de la prise en considération de la réalité de la profession. Pour l'ergothérapeute, occupé une fonction est un acquis, en cela elle recouvre un statut, une qualification, une place dans le monde médical, mais accepte-t-il aussi la dimension précaire d'une telle situation professionnelle tant que les autorités administratives ne renouvellent pas les signes de reconnaissance en sa faveur ? Les questions 32, 33 et 34 sont des questions ouvertes, elles invitent la personne interrogée à s'exprimer sur la profession. Ces questions renferment une forte valeur symbolique parce que les réponses laissent entrevoir les enjeux du champ des professions paramédicales. Il ne se limite pas un rapport de forces mais s'étend à un rapport de luttes où les protagonistes ne maîtrisent que très peu les règles du jeu..

Les ergothérapeutes et leur interprétation du monde professionnel

Nous profitons de l'étude des questions ouvertes pour nous attarder sur le sens que le chercheur donne aux réponses aux questions posées aux ergothérapeutes. Les ergothérapeutes ont des connaissances de la réalité sociale et professionnelle. Ils ont une représentation relativement claire de leur position malgré une diversité des expériences professionnelles. Lorsque, individuellement, un ergothérapeute s'engage dans un projet de recherche ou adhère à l'ANFE, donne-t-il un sens à son action ? En quoi a-t-il intérêt à s'engager ou à adhérer ? Selon les sociologues M. Weber et A. Schütz cela ne fait pas de doute, les acteurs ont la capacité de donner un sens à leur action :

« Le sens ainsi conçu par Schütz devient subjectif dans le sens le plus fort du terme, accessible dans son immédiateté au seul sujet agissant. » (F-A Isambert, Alfred Schütz entre Weber et Husserl, Revue française de sociologie, XXX, 1989, p. 305.)

Mais alors, quelle va être la position du chercheur pour comprendre cette action et celle des autres? Comment interprète-t-il les réponses et les points de vue des acteurs sachant que chaque acteur possède une expérience propre de la réalité professionnelle ? En fait le chercheur a une représentation du monde social et professionnel qu'il va confronter aux représentations des acteurs. En posant un certain nombre de questions, notamment sur « l'avenir » de la profession d'ergothérapeute, il oriente les réponses. La question 34 n'est pas anodine parce qu'elle présuppose une position et donc des prises de position au regard de la place de l'ergothérapie (des ergothérapeutes) dans l'espace des professions paramédicales :

« Donc la recherche des formes invariantes de perception ou de construction de la réalité sociale masque différentes choses : premièrement, que cette construction n'est pas opérée dans un vide social, mais qu 'elle est soumise à des contraintes structurales ; deuxièmement, que les structures structurantes, les structures cognitives, sont elle-mêmes socialement structurées, parce qu'elle ont une genèse sociale ; troisièmement, que la construction de la réalité sociale n'est pas seulement une entreprise individuelle, mais peut aussi devenir une entreprise collective ». (P. Bourdieu, Choses dites, Paris, Minuit, 1987, p. 156.)

Les réponses à la question 34 sont révélatrices de la position de l'ergothérapie dans l'espace professionnel. En qualifiant l'avenir de l'ergothérapie comme: « prometteur », « positif » ou « incertain », « difficile » par exemple, les ergothérapeutes exposent un point de vue qui classe leur profession. Ils donnent à

l'observateur les éléments de compréhension de l'espace dans lequel ils évoluent. Cet espace n'est pas l'espace de travail mais l'espace professionnel qui conditionne les jugements et les dispositions perceptives de l'ergothérapeute. L'interprétation que font les ergothérapeutes sur la situation de l'ergothérapie relève, certes, d'une capacité de réflexivité mais surtout d'une intériorisation de la structure de l'espace professionnel. Leur interprétation du monde professionnel confirme celle du chercheur sur la manière dont sont construites les représentations de ce même monde.

Il est vrai aussi que les questions qui ont précédé les questions 32, 33 et 34 ont en quelque sorte servi de déclencheur, elles ont été orientées pour amener l'ergothérapeute interrogé à prendre position. Ces questions sont ouvertes, en effet elles permettent d'élargir le cadre d'expression des ergothérapeutes. Bien sûr nous relevons dans les questionnaires recueillis des non-réponses ou des réponses très courtes de l'ordre d'un mot ou de deux mots, mais nous avons enregistré, dans la majorité des cas, des réponses assez longues qui ont justifié une analyse de contenu.

2. 3. Exploitation du questionnaire

Les tris à plat et les tableaux croisés

Dans le traitement des données quantitatives nous avons autant utilisé la technique du tri à plat que la construction de tableau croisé.

Les tris à plat restituent sous la forme d'un graphique ou d'un tableau des résultats transformés en pourcentage, ils ont pour vocation d'identifier, de présenter une population dans un contexte précis. Dans le cas de notre enquête les tris à plat donnent des informations sur l'âge et l'ancienneté des ergothérapeutes, leur origine sociale, leur formation, leur cadre et leurs conditions de travail, etc. Toute une série de données qui apportent les premiers éléments de compréhension de la situation professionnelle des ergothérapeutes.

Les tableaux croisés associent deux variables, l'une est amenée à expliquer l'autre. Ils sont construits de telle manière à repérer la variable qui « agit » (dite variable indépendante) de la variable qui « subit » (dite variable dépendante). Cette technique nous a beaucoup servi dans la recherche des explications de l'engagement des ergothérapeutes en faveur de la profession. La participation à des projets de recherche (Q. 28), l'engagement dans des actions de promotion (Q. 30) par exemple trouvent une explication dans la répartition par âge de la population des ergothérapeutes. L'occupation d'un emploi à temps partiel (Q. 21), l'adhésion

ou non à l'ANFE (Q. 29) déterminent aussi la façon dont les ergothérapeutes s'investissent dans la défense et la promotion de leur profession.

De plus, l'analyse factorielle des correspondances nous permet de croiser un certain nombre de variables et de modalités afin de dégager des classes homogènes. Le croisement de plusieurs variables ne débouche pas forcément sur des résultats pertinents ou interprétables. Il est donc important de choisir des variables qui, déjà dans les tableaux croisés, sont apparues comme « actives » ou « explicatives ». L'analyse factorielle est utile à condition (et ceci est vrai pour tout traitement de données) qu'elle s'inscrit dans la démonstration, dans la problématique de départ. L'analyse factorielle nous apprend que les variables déterminantes se résument plus à l'âge et à l'ancienneté dans la profession qu'à l'origine sociale. La « condition » d'ergothérapeute, le vécu professionnel seraient plus révélateurs de la mobilisation des ergothérapeutes pour la promotion de leur profession que leur origine sociale par exemple. La représentation en nuages de points autour de trois facteurs principaux donne des indications sur la répartition des ergothérapeutes en sous-groupes, elle donne un aperçu de « l'état de satisfaction et d'insatisfaction » des ergothérapeutes mais elle n'est pas nécessairement symptomatique de leur engagement pour une meilleure reconnaissance de la profession.

Le traitement des questions ouvertes

Nous avons introduit dans notre questionnaire trois questions ouvertes[13] qui nous semblent apporter suffisamment d'éléments pour confirmer nos hypothèses. A la différence des questions fermées les questions ouvertes offrent à l'interrogé un espace d'expression d'où ressortent différentes perceptions du monde professionnel. L'enquêteur ne se contente pas de réponses déjà formulées à l'avance mais d'une multiplication de réponses qui appellent une analyse approfondie. A partir des questions 32, 33 et 34 l'analyse de contenu se résume d'abord à une analyse fréquentielle des termes. Il s'agit d'un regroupement par classification, c'est à dire nous réunissons et décomptons les mots ou expressions identiques, synonymes ou proches sémantiquement les plus souvent énoncés. Les questions 32 et 33 par exemple renvoient à des réponses assez aisément classables. Grâce à une analyse transversale nous regroupons les réponses par thème ou « caractéristique principale » dans un tableau. La question 34 qui porte sur « l'avenir de l'ergothérapie » est traitée diversement notamment par l'analyse fréquentielle des adjectifs à caractère antagoniste. Les réponses à cette question

[13] Le questionnaire des étudiants comporte également trois questions ouvertes dont deux sont identiques à celles posées aux ergothérapeutes en exercice, les questions 15 et 16.

sont des visions du monde professionnel, des représentations, elles manifestent une intériorisation d'une certaine appréhension des rapports professionnels que nous ramenons à des prises de positions.

D'autres techniques comme la restitution intégrale des réponses aux questions 32, 33 et 34 sont également employées. Elles prennent alors un caractère illustratif dans le déroulement de la démonstration. A chaque évocation de réponses à une question ouverte nous mentionnons le sexe de la personne, l'âge et l'ancienneté dans la profession, variables déterminantes dans notre étude.

Dans son travail de recherche le sociologue doit être attentif à la collecte et au traitement des données. Le bon déroulement de la démonstration dépend de beaucoup de conditions notamment du choix de l'échantillon, de la manière dont le questionnaire est structuré, distribué et exploité, etc. Les entretiens exploratoires avec les différents acteurs de la profession participent aussi à la bonne connaissance d'une profession, que ce soit le directeur technique d'un institut ou que ce soit un ergothérapeute en exercice ou un responsable de l'ANFE. Le chercheur a des attentes vis à vis des réponses aux questions, le monde des professions paramédicales est un monde apparemment institutionnalisé, codifié mais il est aussi traversé par des enjeux en matière de formation, de qualification, de reconnaissance tout simplement. Les réponses aux questions posées permettent à l'enquêteur de déceler un état des rapports professionnels qui traduisent bien une opposition d'intérêts entre professions.

CONCLUSION

Le travail du sociologue consiste donc à rendre compte de l'éventuel évolution de la position d'une profession en s'appuyant sur les points de vue de ceux qui l'occupent. Le vécu professionnel est une chose, la restitution de ce vécu en est une autre. L'intérêt du questionnaire est d'arriver à poser les questions qui suscitent des réponses propres à confirmer les concepts et les hypothèses formuler au départ de la recherche. Le sociologue pourrait se contenter de faire une étude descriptive du cadre de travail des ergothérapeutes, limiter son attention sur leurs conditions de travail, leurs déroulements de carrière à travers la biographie professionnelle de tel ou tel ergothérapeute, mais cette approche est incomplète si elle ne

s'appuie pas sur un cadre théorique précis. Les concepts de champ, d'habitus, de légitimité proposent des bases théoriques capables de poser une problématique qui va dans le sens d'une meilleure compréhension des rapports entre l'ergothérapie et les autres professions paramédicales. Quant à l'administration, son rôle n'est pas neutre dans le déroulement de ces rapports.

DEUXIEME PARTIE

LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE FACE A LA QUESTION DES COMPETENCES

CHAPITRE I

QUELS CRITERES ADOPTES POUR DEFINIR UNE PROFESSION ?

La profession est un terme nous paraissant familier mais il renvoie cependant à différentes thèses et courants d'interprétation. On pourrait partir de l'idée que l'ergothérapie relève de la simple discipline thérapeutique, mais au-delà, elle est aussi perçue comme une profession, d'abord par les hommes et les femmes qui la servent et qui se réclament d'un même type de formation, ensuite par ceux qui sont chargés de l'analyser, de l'observer, de la classer en fonction d'un certain nombre de critères. Par ailleurs, se déclarer « ergothérapeute » (donc affirmer appartenir à une profession) s'apparente à une forme d'engagement, voire relève de la revendication d'un savoir en comparaison aux pratiques d'autres professions. Car le monde professionnel peut prendre la forme d'un rapport d'opposition entre agents, généralement regroupés en associations professionnelles, pour défendre telle qualification, pour mettre en avant telle capacité d'expertise, etc. L'observateur chargé d'étudier une profession se rend compte que celle-ci n'est pas à aborder comme une simple catégorie mais comme une réalité sociale et professionnelle qui implique un certain nombre d'enjeux. En nous appuyant sur les thèses de quelques auteurs anglo-américains et sur une conception plus « française » de la profession, la réalité des professions nous paraîtra plus familière.

1. LA PROFESSION VUE PAR LES AUTEURS ANGLO-AMERICAINS

Pour clarifier la notion de profession, il est utile de faire un détour par les définitions et les diverses approches d'auteurs. L'intérêt de ce travail préalable est d'engager une réflexion afin de donner un sens à ce terme. Cette volonté de (ré)appropriation d'une notion devrait nous amener à rendre plus lisible notre étude.

1.1. L'apport d'auteurs issus de différents courants sociologiques

Ils sont nombreux les sociologues dit « de la profession » à s'être attelés à cette tâche de clarification conceptuelle. Mais avant de s'engager plus avant, il nous importe de rappeler quelques définitions ou notions se rattachant à la profession, au sens général ou au sens communément admis. Le dictionnaire Larousse indique en guise de définition de la profession que celle-ci est : « un ensemble de personnes qui occupent un même métier. » Alors que le dictionnaire Petit Robert avance dans un premier temps la racine latine du terme de profession, celui-ci vient donc du latin « professio », expression qui renvoie à la locution « déclaration publique, ouverte, d'une croyance, d'un comportement ». Ces indications préliminaires nous apprennent que la profession implique une réunion de personnes partageant un même métier et qui bénéficie d'une forme de reconnaissance par le public. Il est vrai que le mot métier est souvent utilisé, dans le langage commun, d'une manière indifférenciée avec le mot profession, par exemple : « J'exerce la profession d'ergothérapeute » ou « je pratique le métier d'ergothérapeute. » Au-delà de cette première approche, le mot profession est aussi généralement associé à d'autres termes tels que l'activité, l'occupation, etc.

Plutôt que de se contenter d'une définition trop générale intéressons-nous à des propositions de sociologues qui ont pensé la profession dans un contexte généralement socio-historique. F. Piotet considère que le mot métier renvoie plutôt au travail manuel et le mot profession est plutôt associé à des activités intellectuelles[1]. Un point de vue confirmé par S. Larson et repris par D. Vrancken :

« S. Larson effectue la distinction entre professions (au sens de professions savantes) et métiers (au sens de corps de métiers), celle-ci s'est diffusée au cours des siècles, charriant des connotations telles que intellectuels/manuels, tête/mains, haut/modeste, etc.[2] »

---

[1] F. Piotet, Sur le travail, Revue Projet, N° 259, 1999.
[2] D. Vrancken, Traité de sociologie du travail, Bruxelles, De Boeck Université, 1994, p. 255.

Dans la tradition anglo-américaine le terme de « profession[3]» a un sens différent de celui que le sens commun lui prête. E. Freidon considère que la profession se distingue bien du métier :

« On discerne la profession du simple métier à ce qu'elle a acquis le droit d'exercer son contrôle sur son propre travail.[4] »

Cet auteur et beaucoup d'autres insistent assez fortement sur la capacité des membres d'une « profession » de pratiquer l'autocontrôle (par exemple le droit de décider qui est autorisé à accomplir le travail, selon E. Freidson). Aussi, pour être plus précis encore dans la description d'une « profession » nous proposons de confronter plusieurs séries de caractéristiques (voir les tableaux 1 et 2) énoncées par des sociologues américains issus des courants fonctionnalistes et interactionnistes essentiellement : il s'agit de A. M. Carr Saunders et de P. A. Wilson, de T. Parsons, de H. Willensky, d'E. C. Hughes ainsi que d'E. Freidson[5].

Tableau 1 : Quelques attributs d'une profession d'après le courant fonctionnaliste

A. M. CARR SAUNDERS et P.A.WILSON	T. PARSONS	H. WILENSKY*
- Monopole d'exercice professionnel - Formation intellectuelle spécifique - Ecole spécifique ou cursus universitaire - Indépendance vis à vis de l'Etat - Le contrôle de la compétence est assuré par les professionnels eux-mêmes - Les membres de la profession appartiennent à une sorte de confrérie - Rendre service à la communauté	- Maîtrise d'une spécialité - Action au service des autres et désintéressée - Compétences techniques dans un domaine défini et particulier - Rendre des services performants à des clients - Compétences techniques juridiquement garanties	- Etre exercé à plein temps - Comporter des règles d'activité - Comprendre une formation et des écoles spécialisées - Posséder une organisation professionnelle - Comporter une protection légale du monopole - Avoir établi un code de déontologie

* Les caractéristiques d'une « profession » au sens d' H. Wilensky apparaissent telles quelles dans le livre de C. Dubar et de P. Tripier.

[3] Le mot « profession » est écrit entre guillemets pour marquer la distinction entre l'approche américaine et l'approche courante ou générale du terme de profession en tant qu 'activité rémunérée ou en tant que métier.
[4] E. Freidson, La profession médicale, Paris, Payot, 1984, p. 81.
[5] Ces auteurs nous semblent représentatifs des courants de la sociologie de la profession anglo-américaine. Nous reprenons leurs thèses qui sont exposées dans l'ouvrage de C. Dubar et de P. Tripier, Sociologie des professions, Paris, A. Colin, 1999. Nous les exposons dans des tableaux afin de faciliter la comparaison et l'analyse.

Tableau 2 : Quelques attributs d'une profession d'après le courant interactionniste

E. C. HUGHES	E. FREIDSON
- Groupe professionnel plutôt que « profession » prêt à défendre son autonomie - L'importance de la situation de travail dans la construction d'une identité professionnelle (socialisation professionnelle) - Les études universitaires ne suffisent pas pour intégrer la personne dans un groupe professionnel - Il n'existe pas de carrière professionnelle toute « tracée » - Les groupes professionnels cherchent une protection légale	- L'importance des études - Le rôle de l'association professionnelle pour le contrôle de l'accès à la profession - Recherche d'une autonomie, la profession fait son autocontrôle - Institutionnalisation du savoir formel (sanction par un diplôme par exemple)

Parmi les « professions » qui rendent le mieux compte de ces caractéristiques, il y a les professions juridiques et les professions médicales; elles incarnent au mieux cette capacité à incarner l'autocontrôle. Ces séries de caractéristiques nous permettent de dégager quelques dénominateurs communs de la « profession » comme :

- la maîtrise d'une technique
- l'importance particulière des études
- la recherche d'un monopole d'exercice
- l'existence d'une organisation professionnelle.

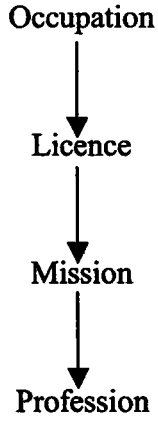
Globalement ces auteurs se retrouvent sur ces quatre principes que nous qualifierons de fondamentaux. Donc, les métiers qui répondraient à ces quatre principes premiers pourraient être assimilés à des « professions ». Quel en serait l'enjeu ? L'intérêt pour une activité d'être reconnue comme « profession » serait de s'imposer en tant qu'autorité savante, elle bénéficierait ainsi d'un pouvoir professionnel certain. Ce passage d'une appellation à une autre ressemble fortement à une opération de légitimation qu'un sociologue peut appréhender tant au niveau de la sphère institutionnelle (formation, qualification, études, groupe professionnel...) qu'en situation de travail (relations de travail avec le ou les collègues, relations avec le client...) d'où une complémentarité entre les approches fonctionnalistes et interactionnistes. Une des activités qui est le plus mis en avant par les auteurs pour illustrer cet état de fait est donc la profession médicale.

1.2. De « l'occupation » à la « profession » : l'exemple du médecin

La thèse d'E. Freidson sur la profession médicale résume assez bien l'évolution d'une activité vers une « profession ». Il énonce justement que la médecine trouve sa spécificité dans sa capacité à développer des techniques de guérison propres. De là, elle devient « une profession savante et une profession consultante ». Possédant une technique et un savoir, le médecin s'impose sur le marché des soins comme le seul détenteur de la compétence de guérir. E. C. Hughes ne dit pas autre chose en s'intéressant lui aussi à la profession de médecin, il parle plutôt de la « fabrication d'un médecin ». En effet C. Dubar et P. Tripier reprenant les conclusions de E. C. Hughes considèrent que :

« La culture médicale s'acquiert par l'éducation médicale qui doit être à la fois un apprentissage, une initiation, une conversion. Il ne suffit pas d'étudier les disciplines qui rentrent dans le cursus universitaire de médecine, il faut aussi et surtout être initié au rôle médical et se convertir à la vision du monde et de soi qui permet la pratique de ce rôle.[6] »

Au contact du client, le médecin doit pouvoir convaincre et s'imposer en tant que technicien de la santé. L'identification au rôle de médecin n'est pas avérée dès les études de médecine achevées, il est plutôt en devenir à travers un processus d'identification continuelle. Mais E. C. Hughes n'oublie pas que le prestige du médecin serait largement fragilisé « au quotidien » sans l'intervention de l'institution administrative. En effet, pour pratiquer « son art », le médecin doit d'abord obtenir une autorisation d'exercer. La thèse de E. C. Hughes peut se résumer par un schéma :



[6] E. Hughes cité par C. Dubar et P. Tripier, opus cit, p.101.

Une « occupation » correspond à un emploi qui, sous couvert d'une autorisation (« licence ») de l'administration[7], se transforme en « profession ». L'administration lui a reconnu la capacité de rendre des services (« mission »). Dès lors, ce droit d'exercer élimine les autres concurrents potentiels. Dans le cas des médecins, ce droit correspond à une forme de contrôle de la formation dont l'Ordre des médecins est le garant.

D'un point de vue fonctionnaliste, T. Parsons rejoint par ailleurs la thèse d'E. C. Hughes. Il souligne que la fonction de médecin est bien institutionnalisée, ses compétences techniques sont juridiquement garanties. De son côté, F. Steudler affirme que le médecin possède un « pouvoir technico-charismatique[8] » qui provient de la maîtrise de techniques de haut niveau suite à de longues études.

L'autorité du médecin procède d'une légitimité qui émane à la fois de l'administration, du groupe des pairs (l'Ordre des médecins, les collègues) et du patient (fidèle). Fort de cette triple légitimité, le médecin tient aussi à préserver son statut de libéral garant d'une réelle autonomie professionnelle.

1.3. La question de l'autonomie professionnelle

La question de l'autonomie de la profession médicale et de toute autre profession paraît centrale dans notre étude. Cette approche de l'autonomie est aussi au cœur de la réflexion d'E. Freidson. Il rapporte dans son livre quelques principes de l'autonomie professionnelle évoquée par W.J. Goode dans un article de l'Américan sociological review. Il s'attache déjà à cerner deux propriétés premières de l'autonomie :

« - *la formation spécialisée de longue durée dans un système de connaissances abstraites*
- *la polarisation sur le service rendu ou sur la collectivité.* »

A cela s'ajoute cinq autres caractéristiques :

« - *la profession définit ses propres normes d'études et de formation*
- *la pratique professionnelle reçoit souvent sa reconnaissance légale sous la forme d'un permis d'exercer*
- *les commissions d'admission et d'habilitation sont composées par les membres de la profession*

---

[7] L'usage du terme administration est pris dans son sens large. Il évoque autant l'administration centrale (ministères, préfecture, etc.) que l'administration sanitaire et sociale (Sécurité sociale, CNAM, etc.). D'autres expressions proches sont utilisées par la suite comme l'Etat, les pouvoirs publics, la fonction publique. Il sera aussi question plus loin d'administration hospitalière.

[8] F. Steudler, L'évolution de la profession médicale : essai d'analyse sociologique, Cahiers de sociologie et de démographie médicale, N°2, 1973 , p. 63.

- *la législation relative à la profession est en partie l'œuvre de la profession elle-même*
- *le praticien est relativement indépendant du jugement et du contrôle des profanes.*[9] »

Ces principes ne font que confirmer ceux évoqués plus haut par les auteurs des courants fonctionnalistes et interactionnistes. Ils attestent de la volonté des membres d'une « profession » de préserver leur rang, leur prestige par le contrôle des études, du recrutement, et de la pratique professionnelle elle-même. Sans entrer dans un formalisme trop poussé, ces principes représentent toutefois un modèle théorique de ce qu'est une « profession » et par extension de ce que devrait être l'autonomie professionnelle. Tous les métiers pourraient être confrontés à l'aune de ces critères afin de vérifier leur degré de « professionnalité ». Cette méthode aurait pour but de jauger les activités entre elles voire de mettre en place un instrument de classification qui se baserait sur des critères autres que celle communément rencontrés et qui sont plutôt d'ordre socio-économique comme le revenu, le diplôme, la responsabilité, les conditions de travail, le secteur d'activité, etc. Il s'agirait de proposer une autre grille de lecture des métiers. Elle pourrait nous éclairer sur le degré de « professionnalité » et d'autonomie d'une activité. Mais en quoi cette autonomie professionnelle peut-elle être un but pour tout métier ? Les métiers qui répondent au mieux à ces critères ne sont donc que les professions libérales : médecins, avocats, architectes, etc. Sans le respect de ces critères, une activité reste-t-elle un emploi (« occupation ») ? Mais qu'en est-il des activités qui relèvent du paramédical et tout particulièrement de l'ergothérapie ?

1.4. Qu'est-ce qu'une profession paramédicale ?

A. Abott[10] apporte son concours à la réflexion en indiquant que « les professions commencent quand les gens consacrent tout leur temps à faire ce qu'ils désirent ». Cette thèse confirme encore une fois la capacité pour les « professions » d'avoir un contrôle sur leur pratique. Compte tenu de l'évolution des connaissances et des savoirs « le professionnel va se recentrer sur une activité principale et déléguer les tâches secondaires à des para-professionnels ». Qui sont les para-professionnels ? Ce sont les métiers dit paramédicaux dont l'ergothérapie fait partie. E. Freidson souligne les traits de caractère fondamentaux du métier de « paramédical » :

---

[9] E. Freidson, opus cit, p. 87.
[10] Cité par C. Dubar et P. Tripier, opus cit.

« Le terme « paramédical » s'applique aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent finalement sous le contrôle du médecin. Ce contrôle se manifeste de plusieurs façons. En premier lieu, il se trouve que les connaissances techniques que le personnel paramédical acquiert lors de sa formation et utilise en exerçant sont pour la plupart le fait de médecins, qu'ils les aient découvertes ou rendues applicables, ou pour le moins approuvées. Deuxièmement, le travail paramédical consiste en général beaucoup plus à assister qu'à remplacer la tâche vraiment décisive, qui est le diagnostic et le traitement. Troisièmement, les emplois paramédicaux sont presque toujours subordonnés, dans la mesure où ils ne s'exercent en général qu'à la demande ou sur l' « ordre » du médecin et très souvent sous son contrôle. Enfin, le prestige dont jouissent ces métiers auprès du public est généralement inférieur à celui des médecins.

Grâce à cet ensemble de traits, on peut opposer le métier paramédical à la profession reconnue par son absence relative d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige. Mais, comme il s'organise (c'est sa définition) autour d'une profession reconnue et qu'il partage avec elle, à quelque degré, non pas tous les aspects du professionnalisme, mais au moins certain, il se distingue de beaucoup d'autres métiers.[11]»

L'auteur montre bien qu'il y a une différence entre les professions médicales et les métiers paramédicaux en terme de statut. A ce stade de la démonstration, nous insistons sur le terme de métier pour bien marquer les liens de dépendance auxquels sont soumis les « paramédicaux » vis à vis des « médicaux ». Les ergothérapeutes ne sont pas assimilés à des « professions » d'abord parce qu'ils ne répondent pas en totalité aux critères (énoncés plus haut) et ensuite parce qu'ils sont dans une relation de subordination face aux médecins dans le système de soins. Ce dernier n'est-il pas organisé de manière rationnelle et méthodique en se basant sur une stricte division du travail qui laissent plus de place à des relations d'autorité et de dépendance qu'à des relations de collaboration entre professions ? La sociologie des professions anglo-américaine confirme ce rapport de pouvoir ou de dépendance qui existe au sein des organisations de soins en désignant les ergothérapeutes comme des « occupational therapists[12] » et non comme des « professions ». Ainsi, sur l'aspect sociologique du terme de profession il n'y a pas de confusion possible pour les auteurs anglo-américains. En France cette distinction entre « occupation » et « profession » ne trouve pas vraiment un écho.

---

[11] E. Freidson, opus cit, p. 58 et 59.

[12] Que l'on peut traduire littéralement par « thérapeute de l'occupation ».

2. LA PROFESSION AU SENS DE L'INSEE

En Europe et en France tout particulièrement cette distinction étymologique entre « profession » et « occupation » n'apparaît pas aussi strictement. En effet, en France c'est l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) qui s'est imposé (en tant qu'organe officiel) moins pour définir le caractère « professionnel » (au sens anglo-américain) de tel ou tel métier que pour classer celui-ci dans une catégorie précise, les PCS (les Professions et catégories socioprofessionnelles). Ce découpage du monde des métiers en catégories revêt un caractère officiel contrairement aux regroupements opérés par les auteurs anglo-américains. Le caractère réglementaire de la profession, le contrôle d'accès à la profession, ou encore l'existence d'une organisation professionnelle... sont des critères qui ne sont pas retenus pour constituer les PCS. Sans les évacuer pour autant, l'INSEE en a choisi d'autres plus lisibles d'une certaine manière parce que plus « neutres » et peut-être avec un degré d'objectivité plus important. Parmi les critères majeurs retenus par l'INSEE , il y a :

- le statut (salarié ou indépendant)
- le niveau de qualification
- le type de métier
- le niveau d'instruction
- la nature de l'employeur (entreprise ou fonction publique)
- l'activité économique (agriculture, industrie et services).

2.1. Les ergothérapeutes dans la nomenclature des PCS

L'INSEE répartit l'ensemble des métiers en 455 professions répertoriées en 6 groupes (6 PCS classées comme « actifs ») elles-mêmes subdivisées en catégories à deux chiffres (voir tableau 3). La nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles résulte d'études menées par l'INSEE à partir de l'année 1950. Jusqu'en 1982 les PCS s 'intitulaient CSP (Catégories socioprofessionnelles) ; à cette date, afin de prendre en compte les mutations de l'emploi provoquées par les changements économiques et sociaux, l'INSEE a mis au point une nouvelle nomenclature des professions :

Tableau 3 : Ancienne et nouvelle nomenclature par PCS

ANCIENNES CATEGORIES (CSP) (jusqu'en 1982)	NOUVELLES CATEGORIES (PCS) (à partir de 1982)
0. Agriculteurs exploitants	1. Agriculteurs exploitants
1. Salariés agricoles	2. Artisans, commerçants et chef d'entreprise
2. Patrons de l'industrie et du commerce	3. Cadres et professions intellectuelles supérieures dont **31.** *Professions libérales*
3. Professions libérales et cadres supérieurs dont **30.** *Professions libérales*	**4.** Professions intermédiaires dont **43.** ***Professions intermédiaires de la santé et du travail social***
4. Cadres moyens dont **42.** ***Services médicaux et sociaux***	5. Employés
5. Employés	6. Ouvriers
6. Ouvriers	
7. Personnels de service	
8. Autres catégories	

Source : INSEE

Les professions médicales sont classées dans la PCS 3 celle des « professions libérales et cadres supérieurs » pour l'ancienne nomenclature et celle des « cadres et professions intellectuelles supérieures » pour la nouvelle nomenclature. Tandis que les ergothérapeutes apparaissent dans les « cadres moyens » (CSP 4 et sous catégorie 42) avant 1982 et dans les « professions intermédiaires » (toujours PCS 4 et sous catégorie 43) après le changement de nomenclature. En somme qu'est-ce qui justifie cette modification de « classification » ? Comme nous l'avons évoqué plus haut, le statisticien tient compte de l'évolution des métiers au regard des critères mentionnés précédemment. Les sociologues A. Desrosieres et L. Thévenot nous expliquent que :

« L'appellation nouvelle donnée à ce groupe (« professions intermédiaires » au lieu de « cadres moyens ») joue sur les deux sens du mot : il désigne la position intermédiaire en même temps que les positions d'intermédiaires. Ce ne sont pas seulement des emplois « moyens » en ce que leurs occupants auraient des propriétés moyennes par rapport aux autres salariés comme le suggèrent des échelles de stratification. Ces professions impliquent aussi la mise en œuvre d'une compétence constituée plutôt par les agents du groupe 3

(cadres) qui œuvrent à la justification de cette compétence. Les occupations du groupe 4 supposent souvent d'opérer des mises en ordre, de rendre des décisions exutoires et donc de gérer des tensions sociales propres à cette exécution.[13] »

La position « d'intermédiaires » (ou d'auxiliaires médicales) des professions du même nom prend tout son sens ici à la différence des « cadres et des professions intellectuelles supérieures » (PCS 3) qui délaissent progressivement le terrain pour des tâches plus administratives ou d'organisation. Le travail du statisticien de l'INSEE entérine d'une certaine façon les conclusions des sociologues anglo-américains sur l'importance de la relation hiérarchique dans la division du travail.

De plus, dans le groupe 4, les ergothérapeutes n'apparaissent pas nommément, ils sont « noyés » dans la catégorie « spécialistes de la rééducation et diététiciens, salariés » eux-mêmes inclus dans la PCS 43 celle des « professions intermédiaires de la santé et du travail social » (voir tableau 4).

Tableau 4 : Population active ayant un emploi par profession détaillée.
Evolution des effectifs des professions intermédiaires de la santé et du travail social (PCS 43)

Profession détaillée (PCS 43)	Effectifs (en milliers) 1982	Effectifs (en milliers) 1990	Effectifs (en milliers) 1999
43. Professions intermédiaires de la santé et du travail social	590	738	964
Cadres infirmiers et assimilés	24	39	40
Infirmiers psychiatriques	47	50	29
Puéricultrices	11	12	16
Infirmiers spécialisés	21	22	26
Infirmiers en soins généraux salariés	158	189	256
Infirmiers libéraux	21	35	48
Sages-femmes (libérales ou salariés)	8	10	14
Spécialistes de la rééducation et diététiciens, salariés	21	27	36
Spécialistes de la rééducation et pédicures, libéraux	29	42	54

[13] A. Desrosières et L. Thévenot, Les catégories socioprofessionnelles, Paris, La Découverte, 2000, p. 75.

Techniciens médicaux	42	54	65
Spécialistes de l'appareillage médical, salariés	16	17	24
Spécialistes de l'appareillage médical indépendants	10	9	14
Préparateurs en pharmacie	27	34	49
Assistante sociale	32	36	45
Educateurs spécialisés	83	97	132
Animateurs socio-culturels et de loisirs	34	52	101
Conseillers familiaux	5	5	15

Source : recensements INSEE.

Les ergothérapeutes sont-ils trop peu représentés démographiquement (ils sont au nombre de 4433 en France en janvier 2002[14]) pour ne pas être classés nommément au sein des 455 postes répertoriés par l'INSEE ? Toutefois, l'augmentation globale des effectifs de la PCS 43 sur l'ensemble de la période 1999/1982 (+ 63.3 %, pour un effectif de 964 000 actifs en 1999) confirme la croissance des offres d'emplois depuis plusieurs années dans le secteur tertiaire et plus particulièrement dans les activités à caractère sanitaire et social. Les « spécialistes de la rééducation et diététiciens, salariés » enregistrent une croissance entre 1982 et 1999 un peu supérieure à celle de la totalité de l'effectif de la PCS 43 en l'occurrence +71.4 %. Ne connaissant pas exactement l'évolution du nombre d'ergothérapeutes depuis 1982 (faute de statistiques fiables) il nous semble intéressant de repérer de combien a varié l'effectif des diplômés en ergothérapie à l'issu de leur formation.

Tableau 5 : Effectifs des diplômés en ergothérapie

	1982	1990	1998
Nombre de diplômes délivrés	198	201	289

Source : DREES

La progression du nombre de diplômés en ergothérapie entre 1982 et 1998 (+ 45.9 %) s'inscrit dans l'augmentation globale des effectifs des « professions intermédiaires de la santé » (PCS 43) mais en restant en deçà de 17.3 points du taux de croissance de référence (+ 63.3 %). Après une période de quasi-stagnation (+ 1.5 % entre 1982 et 1990), le nombre de diplômés s'accroît très nettement à partir de 1990 (+ 43.7 %). Rares sont les professions

[14] Source : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, répertoire ADELI.

paramédicales qui connaissent un tel taux de progression en près de 10 ans. Permet-il de combler un « retard » ou répond-il à un besoin plus important en traitements ergothérapiques ?

2.2. L'ergothérapie au regard de 4 critères de classification

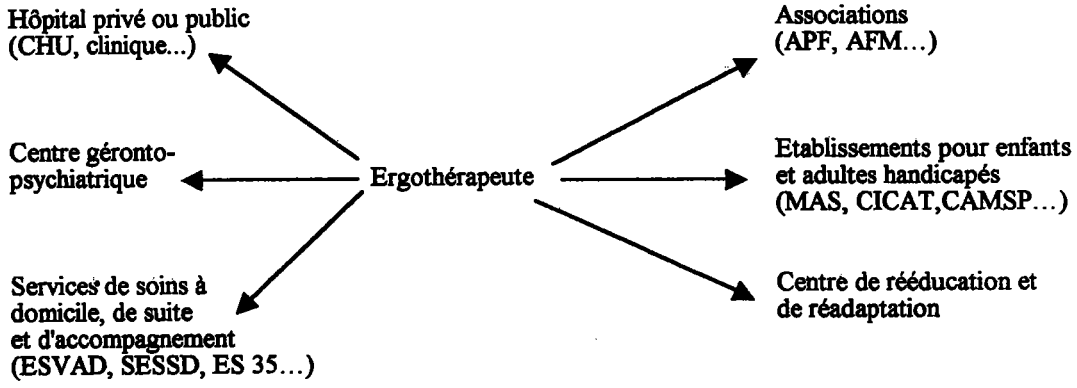
Ces quelques éléments statistiques prouvent que le statisticien de l'INSEE ne classe pas les métiers par hasard. Pour justifier la position « d'intermédiaire » de l'ergothérapeute il serait souhaitable d'associer les critères de l'INSEE avec ceux des sociologues anglo-américains. Pour cela nous en choisirons quatre qui sont représentatifs des deux tendances :

- le recrutement
- la formation
- la qualification
- la place dans la hiérarchie.

Le recrutement

Le recrutement pose la question de l'adéquation entre la demande et l'offre de postes d'ergothérapeutes. Qui recrutent les ergothérapeutes ? Quelles sont les institutions et les établissements qui offrent des emplois d'ergothérapeutes ? La quasi-totalité des ergothérapeutes est salariée tandis qu'une faible proportion s'engage sur la voie du « libéral[15] » principalement à cause de l'absence de remboursement des actes par la Sécurité sociale. Voyons quelques exemples d'institutions dans lesquelles travaillent les ergothérapeutes.

La diversité des lieux d'exercice



[15] Sur 4433 ergothérapeute au 1° janvier 2002, 4366 sont salariés, 67 sont installés en libéral. Les ergothérapeutes salariés représentent donc 98.5 % du total des ergothérapeutes (Source : ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

L'accès à la profession est réglementé par l'administration en imposant comme condition d'exercice à la profession le diplôme d'Etat datant de 1970. Cette marque de l'administration se traduit par la volonté de réguler le nombre d'ergothérapeutes admis dans les différents Instituts de formation en ergothérapie et par le souci de contrôler le nombre de diplôme d'Etat délivré chaque année[16]. Le recrutement dans les instituts se fait au niveau du baccalauréat et le public admis est essentiellement féminin. Il se fait par voie de concours.

Entre 1991 et 1999 le nombre de candidats désirant intégrer l'Institut de formation en ergothérapie de Nancy (pour ne prendre que cet exemple évoqué dans le tableau 6) a plus que triplé (x3.4) tandis que le nombre d'étudiants en formation a augmenté moins fortement (x1.36). Remarquons qu'à partir de 1993 l'effectif des élèves accueillis est quasiment toujours le même (35) alors que les aspirants à l'entrée augmentent toujours. Cette situation n'est pas propre à Nancy mais nous la retrouvons dans toutes les écoles[17].

Tableau 6 : Nombre de candidats – Nombre d'étudiants en formation
L'exemple de l'Institut de formation en ergothérapie de Nancy

	1991	1993	1995	1997	1999
Nombre de candidats	211	237	471	710	729
Nombre d'étudiants en formation	25	35	35	35	34

Source : Institut de Nancy

Mais le choix d'entrer à l'école[18] d'ergothérapie et d'en suivre la formation n'est pas un choix qui s'opère dès l'obtention du baccalauréat. D'après nos résultats,[19] près de la moitié

[16] Il existe huit Instituts de formation en ergothérapie en France qui préparent au diplôme d'Etat. Il s'agit de Berck sur Mer , Bordeaux, Créteil, Lyon, Montpellier, Nancy, Paris et Rennes. Généralement ils ont un statut d'école privée sous contrat d'association avec l'Etat. Ils dépendent pour l'agrément et pour le contenu des programmes dispensés du ministère de la Santé. La taille de ces instituts est assez homogène : ils accueillent tous à peu près le même nombre d'étudiants environ une trentaine par promotion. Ce nombre est fixé par arrêté par la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), institution qui dépend du ministère de la Santé.

[17] Toutefois un arrêté de la DRASS (N° 01-73) autorise l'école de Nancy, à partir de la rentrée 2001, à accueillir 42 étudiants. L'année suivante un nouvel arrêté (N° 2002-71) porte l'agrément pour un effectif de 48 élèves. Cette augmentation du nombre d'étudiants acceptés en 1° année n'est pas réservée à la seule école de Nancy, elle touche les huit instituts. De 1991 à 2002, au regard des résultats de Nancy, l'effectif des étudiants en 1° année a donc quasiment doublé (+ 92 % en dix ans), en valeur absolue il ne croît pourtant que de 29 étudiants.

[18] La dénomination usuelle d'un établissement est Institut de formation en ergothérapie mais il est possible aussi de lui substituer le terme d'école.

des étudiants (49.2 %) a suivi ou interrompu une autre formation (universitaire ou autre) avant d'entrer dans un institut. Si 35 % de ces 49.2 % ont opté pour une préparation paramédicale avant de se présenter au concours d'entrée dans un institut, 26 % sont d'abord passés par des études de médecine et 25 % par le Deug Sciences, pour ne citer que les pourcentages les plus élevés. L'orientation vers une voie scientifique (médecine, sciences) avant de choisir finalement les études paramédicales reste toutefois un choix conforme à la formation initiale en lycée puisque 92.1 % des étudiants en ergothérapie sont titulaires d'un baccalauréat S ou D (donc à vocation scientifique). Mais cela n'empêche pas le nombre de candidats à l'entrée des écoles d'augmenter d'année en année.

Ce pourcentage élevé d'étudiants n'ayant pas opté directement après le baccalauréat pour une formation en ergothérapie traduit-il une méconnaissance de la profession voire une réticence à s'engager dans ce métier ? L'intérêt que manifeste les étudiants vis à vis de l'ergothérapie n'est-il pas mesurable à la manière dont les étudiants ont eu connaissance de la profession ? Si 29.4% des étudiants interrogés ont profité de renseignements dispensés par des amis ou des membres de la famille sur la réalité de la profession, 51 % se sont tournés vers d'autres sources d'information et d'orientation (le forum des métiers, des livres et revues spécialisées...) pour s'informer des débouchés possibles après le baccalauréat. D'ailleurs beaucoup d'étudiants profitent du passage par d'autres filières ou par les préparations au concours d'entrée aux écoles paramédicales pour se renseigner sur les différents aspects de la profession d'ergothérapeute. Parmi toutes les questions qu'un prétendant à une profession est en droit de se poser, il y a celle de la carrière. Concernant les professions paramédicales en général et l'ergothérapie en particulier les perspectives de carrière sont relativement restreintes.

Une fois diplômé d'Etat, l'ergothérapeute exerce essentiellement en institution avec le statut de salarié. Au sein de l'administration hospitalière par exemple, la gestion de carrière rejoint à peu de chose près celle des fonctionnaires d'Etat sur la base de l'ancienneté et de la note administrative[20]. Au-delà d'une carrière « linéaire » dans un hôpital, un ergothérapeute a aussi la possibilité de changer d'employeurs soit pour être embauché dans le milieu associatif, soit pour intégrer des structures plus « ouvertes » comme les équipes de maintien à domicile, etc. Le changement d'employeur ne s'accompagne généralement pas d'une modification du

---

[19] Ces résultats proviennent de l'enquête menée en mars 2000 auprès des étudiants en ergothérapie et des ergothérapeutes en exercice.

[20] Tout salarié de la fonction publique bénéficie d'une note administrative qui sanctionne les aptitudes à s'investir dans les tâches au quotidien. Sans vouloir lui donner trop d'importance, elle introduit toutefois un critère de mérite voire de performance dans l'administration.

statut. L'ergothérapeute après avoir opté pour un autre employeur en tirera moins un bénéfice en terme de rémunération (celle-ci reste relativement la même quel que soit l'employeur[21]) qu'au niveau du statut à cause des nouvelles situations de travail qu'il rencontre.

Nous observons aussi que certains ergothérapeutes accusent un « retard » dans le déroulement de leur carrière. Sur une carrière professionnelle il est possible de confronter à chaque âge le nombre d'années d'ancienneté observée et le nombre d'années d'ancienneté attendue connaissant l'âge de début de carrière qui correspond théoriquement à l'âge de sortie de l'école d'ergothérapie c'est-à-dire 21 ans (18 + 3). En prenant comme base de référence les résultats de l'enquête sur les ergothérapeutes en exercice nous pouvons donc faire correspondre la variable « âge » avec la variable « ancienneté[22]».

Tableau 7 : Ancienneté observée dans la profession pour la tranche d'âge 25 à 29 ans*
(en %)

	Ancienneté observée entre 1 et 3 ans	Ancienneté observée et attendue entre 4 et 8 ans
Entre 25 et 29 ans	40.3	59.7

Enquête Ergothérapeutes – Mars 2000

* L'ancienneté attendue pour cette tranche d'âge se situe entre 4 et 8 ans (25 - **4** =21 et 29 – **8** =21) pour un âge de sortie théorique de l'école qui est de 21 ans.

Concernant cette tranche d'âge, nous observons que 40.3 % des ergothérapeutes entre 25 et 29 ans ont une ancienneté entre 1 et 3 ans ce qui traduit un certain « retard » en comparaison avec une carrière au déroulement « normal » donc attendue c'est-à-dire entre 4 et 8 ans. Ces « retards » observés dans le déroulement de carrière sont-elles dues à des échecs scolaires ou à des hésitations dans le choix d'orientation après le BAC avant de s'engager dans la filière « ergothérapie » ? Ou trouvent-elles leur origine dans le peu d'offre de postes d'ergothérapeutes dans certaines régions obligeant l'ergothérapeute à interrompre sa carrière ? Ajoutons que compte tenu d'un fort taux de féminisation de la profession beaucoup

[21] Certains ergothérapeutes envisagent une carrière dans le domaine commercial au sein d'entreprises privées spécialisées dans la distribution d'aides techniques (fauteuils roulants, cannes...). Ceux-ci bénéficient de rémunérations plus importantes que les ergothérapeutes qui exercent habituellement dans les institutions de soins.

[22] Il nous est possible de choisir une tranche d'âge, la tranche entre 25 et 29 ans par exemple. Et à cette tranche d'âge nous associons à chaque fois l'ancienneté attendue (sur la base de l'âge de sortie de l'école) et l'ancienneté observée. En fonction des résultats il sera possible de faire des interprétations sur les interruptions ou les « retards » dans le déroulement de carrière.

d'ergothérapeutes interrompent leur carrière volontairement pour des causes essentiellement familiales. Et cette tendance au « retard » dans le déroulement de carrière s'observe quelle que soit la tranche d'âge choisie : il existe toujours, selon nos résultats, une part plus ou moins importante d'ergothérapeutes déclarant une ancienneté inférieure à celle attendue. Toutefois il est possible de relancer une carrière en choisissant de devenir cadre hospitalier par exemple après une année de formation.

Depuis 1980, un décret stipule la création d'un certificat de moniteur-cadre en ergothérapie (donc dix ans après la création du diplôme d'Etat). Titulaire de ce certificat un ergothérapeute devient un chef d'un service en ergothérapie exclusivement. Il n'est pas autorisé à exercer son autorité dans un service qui ne relève pas de sa spécialité (service de kinésithérapie par exemple). Un changement s'est opéré avec le décret de 1995 relatif à la création du diplôme d'Etat de cadre de santé préparé dans les écoles de cadre de santé ouvertes à tous les « paramédicaux ». En effet, ce décret permet à tout titulaire de ce diplôme d'être à la tête d'un service dans un domaine qui n'est pas le sien. L'avantage de ce diplôme c'est qu'il ouvre des perspectives de carrière plus importantes avec la multiplication des offres de postes de cadres. Cette ouverture signifie aussi qu'un service de kinésithérapie est susceptible d'être dirigé par un ergothérapeute et inversement. L'instauration de ce diplôme de cadre de santé, sous la pression des différentes professions paramédicales, prouve aussi qu'il y a une demande de formation en relation avec un besoin de promotion.

La formation

La formation joue non seulement un rôle important tout au long d'une carrière mais elle est indispensable aux conditions d'accès au marché du travail. P. Santelmann met l'accent sur cet état de fait :

« La question de la formation dans l'entreprise est indissociable du problème de l'apprentissage professionnel au sens large, c'est à dire de la mise en œuvre de moyens destinés à organiser et à favoriser l'intégration des individus à l'activité productive de la société.

La formation initiale a pour mission de constituer les bases de connaissances générales des individus (...), elle a également comme tâche l'enseignement professionnel de base (théorique-pratique) permettant l'obtention de niveau de qualification utile à l'organisation économique.[23] »

---

[23] P. Santelmann, Du bon usage de la formation en alternance, Revue française des affaires sociales (RFAS), N°4, 1991, p. 103.

Cet extrait d'article nous donne une première définition de la formation, elle insiste sur son utilité économique et sur son caractère éminemment intégrateur. Mais P. Santelmann prône un développement de la formation en alternance pour éviter une trop grande coupure entre le monde du travail et le monde de l'enseignement. La formation initiale des « paramédicaux » en général et des ergothérapeutes en particulier va un peu dans ce sens puisqu 'elle est conçue autour de l'alternance avec une articulation entre un apprentissage théorique et les expériences de travail sur le terrain. Les connaissances théoriques, dispensées dans les instituts, s'enrichissent des connaissances pratiques apprises en situation professionnelle lors des stages essentiellement, le contact précoce avec le patient est recommandé. Pendant les trois années que durent les études, il est proposé aux étudiants de l'Institut de formation en ergothérapie de Nancy, par exemple, dix mois de stage :

« Ce sont des stages cliniques qui s'effectuent dans les structures sanitaires et médico-sociales sur l'ensemble du territoire national. (...)

L'accent est mis sur l'apprentissage pratique des techniques de rééducation et de réadaptation répondant aux déficiences et incapacités. Une large part est accordée à l'étude des activités de la vie quotidienne, domestiques, de l'habitat, des moyens de communication et de déplacement, ainsi que des possibilités de leur adaptation à la personne handicapée.[24]*»*

Les stages fonctionnent un peu sur le principe du tutorat c'est à dire que les tuteurs, en l'occurrence les ergothérapeutes en exercice, apportent leur expérience au stagiaire. Ce dernier prend connaissance de son métier à travers les pratiques de terrain. Le terrain est un lieu d'application de la formation ; à l'élève, sous couvert du tuteur, de faire le lien entre la théorie et la pratique. A la fin des stages, un bilan de stage est effectué et qui compte dans l'évaluation finale.

La formation pratique se double donc d'une formation théorique. La diversité des matières proposées fait l'originalité de cette formation puisque les cours dispensés ne s'arrêtent pas à l'étude de l'anatomie, de la neurologie, de la traumatologie ou de la rhumatologie...elles débordent sur la psychiatrie, la psychologie, la gériatrie, la formation à la relation, etc. Car l'ergothérapeute dans la pratique de sa profession doit témoigner de qualités relationnelles qui s'apprennent en partie à l'école mais surtout qui se vivent sur le terrain.

Une fois obtenu le diplôme d'Etat en ergothérapie, l'ergothérapeute comme tout salarié a la droit de bénéficier de formation en cours d'emploi soit dans le cadre de la promotion sociale (intégrer l'école des cadres de santé par exemple), soit dans le cadre de la

[24] Dépliant de présentation de l'institut de Nancy.

formation professionnelle (formation continue) ou de la formation personnelle (pour changer de profession par exemple). Concernant la formation continue des ergothérapeutes, l'ANFE (Association nationale française des ergothérapeutes) se charge d'être à l'origine de nombreux stages pour aider à améliorer les compétences professionnelles. L'évolution des pathologies, les nouveaux résultats de la recherche obligent les ergothérapeutes à se tenir informer. D'ailleurs, deux publications l'une émanant de l'ANFE (Le « Journal Ergothérapie ») et l'autre d'un collectif de médecins rééducateurs et d'ergothérapeutes (« Expériences en ergothérapie ») se font régulièrement l'écho de recherches autour de l'ergothérapie. Participer à la formation continue c'est maintenir un niveau de qualification et de compétence élevé.

La qualification

La qualification est intimement liée au recrutement et à la formation. C'est elle qui justifie en grande partie la position « d'intermédiaire » des ergothérapeutes dans le système de soins. Mais qu'est-ce que la qualification ? Quelle définition donnée à la qualification ? La définition de la qualification donnée par les sociologues tels G. Friedmann, P. Naville ou encore A. Touraine était en relation avec l'évolution du monde industriel. Ce sont les transformations du monde du travail dans les années 1950-1960 qui ont relancé le débat autour de la qualification. Dans les années 1990-2000 l'objet « qualification » change de nature à cause du phénomène de la tertiarisation (un nombre croissant d'actifs occupent des emplois dans le secteur tertiaire). Cette tendance déplace le débat sur la qualification vers l'analyse des professions non industrielles. Mais comment doit-on aborder le concept de qualification ? Quelles sont les hypothèses à retenir par rapport à ce concept dans le cas de la profession d'ergothérapeute ? Quelles orientations allons-nous adopter pour donner une « consistance sociologique » à ce terme ?

Il s'agit moins de nous intéresser à l'acte de travail en lui-même et de constater les savoirs et les savoir-faire que mobilise un ergothérapeute en situation de travail au sein d'une organisation. L'orientation choisie n'est pas de mettre en évidence des logiques d'acteur mais plutôt d'insister sur l'articulation entre le recrutement et la formation d'un côté et la qualification de l'autre dans l'espace professionnel. L'Etat en agissant sur le contenu de la formation des ergothérapeutes, en intervenant sur la distribution des titres scolaires et en fixant un quota annuel de diplômés déplace l'objet « qualification » en dehors d'un rapport marchand qui s'établit normalement autour de la valeur d'usage et de la valeur d'échange d'un métier. Nous sommes bien dans un espace professionnel où la réglementation et la régulation institutionnelle priment sur la négociation. Le « marché du travail des

ergothérapeutes », celui qui organise l'échange entre une offre et une demande de postes d'ergothérapeutes, est contrôlé par l'administration.

Au sein des rapports entre les différentes professions, c'est d'abord la qualification juridiquement admise (titres scolaires essentiellement) qui est prise en considération et qui atteste des qualités individuelles de tel ou tel détenteur de diplôme. L'architecture des rapports entre les professions se situe avant tout à ce niveau-là. La qualification est ainsi mesurée ou mesurable, elle peut faire l'objet de comparaison et de confrontation d'un point de vue institutionnel. La qualification, une fois instituée, fait l'objet d'une classification telle qu'elle apparaît dans la nomenclature des PCS. Ceci nous amène à un schéma d'implication :

Recrutement/Formation

↓

Qualification

↓

Classification de la profession

Les règles de classification sont relativement simples et explicites. Tel diplôme correspond à tel niveau de qualification et de classification. La qualification a une forte emprise sur la profession. Le rapport titre/poste est donc l'élément traditionnel de la régulation de la profession. A ce stade, nous pourrions proposer une définition de la qualification qui se résumerait ainsi : aptitudes acquises (et juridiquement reconnues) au cours de la formation. Une définition que C. Dubar complèterait en disant qu'un ergothérapeute qualifié est celui qui :

« Possède les titres scolaires et les habilitations officielles à exercer sa profession. Ceux-ci sanctionnent avant tout des savoirs académiques et didactiques, essentiellement disciplinaires. Ils s'acquièrent d'abord dans la formation initiale avant de se traduire par l'exercice professionnel.[25]*»*

[25] C. Dubar, Sociologie du travail face à la qualification et à la compétence, Sociologie du travail, N°2, 1996, p. 184. C. Dubar s'appuie sur les thèses de L. Demailly et D. Monjardet à propos de l'analyse des professions non industrielles (les enseignants et les policiers).

En fait, cette définition correspond à la qualification dite « individuelle » elle ne tient nullement compte des qualités personnelles mobilisées dans l'exercice de la profession et qui se résument généralement par le terme de « compétence ». C. Dubar ajoute :

« Ces qualités, essentiellement relationnelles, ne peuvent s'acquérir par une formation préalable : elles sont soit innées soit construites par l'expérience directe, sur le tas, en situation réelle.[26] »

Les notions de qualification et de compétence se complètent plus qu'elles ne s'opposent. Elles s'inscrivent toutefois dans deux logiques différentes :

« On définira ici la logique de la qualification en ce qu 'elle s'appuie sur des repères stables et collectivement négociés pour encadrer la relation salariale et pour organiser les rapports entre système de formation et système de travail. La logique de la compétence, au contraire, privilégie le refus des repères collectifs et l'individualisation des pratiques.[27] »

Mais comment intégrer la compétence dans le système de classification des professions dans la mesure où ce n'est que la qualification qui est retenue. Peut-être que les ergothérapeutes ont des compétences à faire valoir sans que celles-ci soient reconnues ? Chez les professions paramédicales, le diplôme est non seulement à la base du recrutement mais il dicte aussi l'attribution d'un poste dans le système de soins tout en étant aussi à l'origine de la fixation du niveau de rémunération. En prenant pour point de référence unique la qualification, l'administration produit et reproduit un système de positions figées. A quoi ressemblerait le système de classification des professions si l'INSEE intégrait l'expérience (le savoir-faire), le savoir-être, « l'engagement » dans la profession... en somme la compétence ? Nous proposons un nouveau schéma d'implication :

Recrutement/Formation + Expérience/Qualités relationnelles

↓

Qualification/Compétence

↓

Remise en cause de la classification traditionnelle ?

[26] C. Dubar, Ibid, p. 185.

[27] E. Dugué, Formation en alternance et diplôme professionnel, deux modes d'interaction entre travail et formation : leurs rapports respectifs dans le champ du travail social, Revue française des affaires sociales, N°4, 1999, p. 116.

Il est plus facile d'associer aux professions libérales le concept de compétence que pour les autres professions. Les auteurs anglo-américains ne se sont pas trompés en désignant les « professions » comme incarnant « le modèle de la compétence. » C. Dubar[28] ajoute :

« La « compétence » serait la marque distinctive des membres des groupes professionnels qui sont parvenus ou qui aspirent à se constituer en marché du travail fermé, contrôlé par l'élite du groupe et reconnu par l'Etat. Les compétences affichées seraient les pièces d'une rhétorique professionnelle destinée à persuader de l'existence d'un besoin que seuls les « professionnels » peuvent satisfaire et pour lequel ils ont été officiellement habilités. »

Les pratiques professionnelles des professions libérales appellent un engagement, des aptitudes à convaincre le client, un entretien régulier des connaissances (le degré de « scientificité » de ces professions les y oblige). Le rapport au métier n'est pas bloqué institutionnellement mais il est en constante évolution; il n'est pas question de parler de poste de travail dans une organisation mais de tâches diversifiées à fort contenu de connaissances et de responsabilité. A la légitimité juridique s'ajoute la légitimité sociale parce que les professions libérales ont une capacité de valorisation propre. La reconnaissance de la qualification et des compétences va presque de soi. De plus, les professions libérales se « prennent en charge » en quelque sorte en insistant sur le maintien d'un niveau élevé de recrutement. La classification dans la PCS 3 des professions libérales ne confirme-t-elle pas leur degré de qualification et leur niveau de compétence contrairement aux autres professions? La classification des professions paramédicales dans la PCS 4 prend-elle en compte ces deux aspects ? Si les compétences connaissaient un début de reconnaissance sur le terrain professionnel qu'est-ce qui devrait être modifié en terme de classement ? Les rapports entre professions en seraient certainement modifiés car plus que la qualification, avec ses qualités et ses savoirs juridiquement garantis, la compétence renvoie à des effets de position et de négociation complètement nouveaux, difficilement maîtrisables.

Bon nombre d'ergothérapeutes revendiquent un remboursement des actes en ergothérapie par la Sécurité sociale. Cette opération, si elle avait lieu, ouvrirait la voie à un vaste champ en matière d'intervention thérapeutique et de mobilisation de compétences surtout dans le domaine du maintien à domicile des personnes âgées selon l'ANFE. Dans les

[28] C. Dubar, opus cit, p. 186.

réponses[29] au questionnaire nous en relevons deux qui nous paraissent significatives de ce point de vue là :

« L'ergothérapie doit connaître une évolution prononcée vers la réadaptation au domicile, sur le lieu de vie sociale ainsi que sur le lieu de travail à condition que la profession soit reconnue. L'ergothérapie a un rôle à jouer dans l'évolution de la culture en faveur de la prise en charge des personnes handicapées, âgées ou en difficulté. »

(Femme, 38 ans, 10 ans d'ancienneté)

« L'ergothérapie doit plus se tourner vers l'extérieur des structures médicales, plus vers le libéral en s'adressant plus aux personnes à domicile avec un aménagement moins médicalisé s'adressant au quotidien, à l'intégration sociale. »

(Femme, 43 ans, 19 ans d'ancienneté)

La première réponse met en doute le rôle de l'administration dans la reconnaissance de la profession d'ergothérapeute. Cet ergothérapeute semble dire qu'elle-même et ses collègues possèdent largement les compétences (en plus de leur qualification initiale) pour assurer des actes de réadaptation à domicile. Pour développer ce type d'actes la reconnaissance du statut de libéral serait souhaitable (deuxième réponse). C'est à travers un nouveau statut que l'ergothérapeute développe des compétences nouvelles. De plus, ce statut n'enferme pas l'ergothérapeute dans une grille de salaires rigide et une évolution de carrière toute tracée. L'exercice libéral ne devrait-il pas rapprocher l'ergothérapie des « professions » dans un certain sens grâce à la meilleure maîtrise de certaines pratiques professionnelles ? Serait-ce un pas vers l'autonomie professionnelle ? Alors que du point de vue de la qualification et de la position dans la hiérarchie elle se contenterait d'être une « semi-profession » ou une « profession intermédiaire » ?

La place dans la hiérarchie

L'acte thérapeutique est assuré « pour partie » par les professions paramédicales, il est prescrit par le médecin. C'est donc ce dernier qui juge et qui décide si le patient doit bénéficier de séances d'ergothérapie. Le système de soins est organisé autour du médecin, E. Freidson parle :

« D'une division des tâches paramédicales qui constitue un système de strates dans lequel les métiers sont de près ou de loin disposés autour du travail de médecin.[30] »

---

[29] Nous relevons deux réponses à la question 34 de notre questionnaire. Intitulé de la question : *« D'une manière générale comment voyez-vous l'avenir de l'ergothérapie ? »*

[30] E. Freidson, opus cit, p. 62.

Concrètement, si nous choisissons l'exemple d'un service de rééducation dans un centre hospitalier, deux formes de hiérarchie se dessinent, la première concerne la hiérarchie médicale, la seconde la hiérarchie administrative en milieu hospitalier:

Hiérarchie médicale	Hiérarchie administrative
Chef de service	Direction générale (Direction des soins)
↓	↓
Médecin/Profession paramédicale	Cadre supérieur de santé
	↓
	Cadre de santé
	↓
	Profession paramédicale

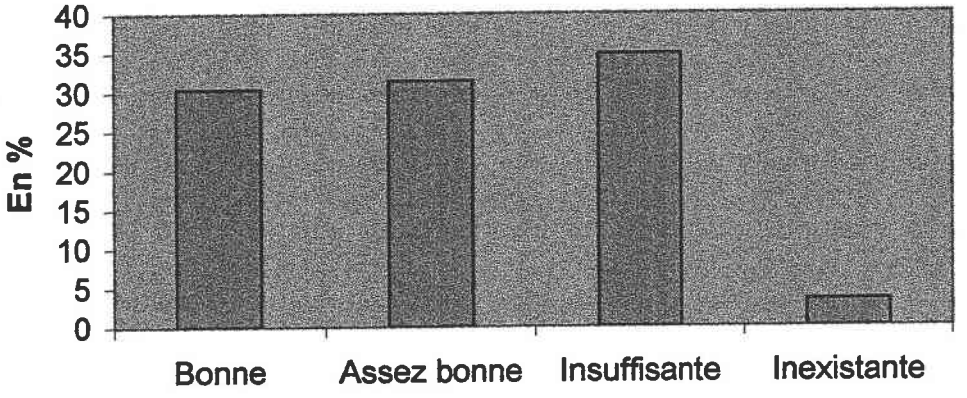
Faut-il plutôt parler de collaboration que de hiérarchisation ? Dans une approche médicale, compte tenu des réponses apportées par les ergothérapeutes, il est plutôt question de liens de collaboration que de l'existence d'un rapport professionnel hiérarchique strict où le médecin ordonne et les professions paramédicales exécutent des ordres. Il ne faut toutefois pas écarter le degré de responsabilité qui incombe à chaque intervenant dans le cadre du traitement du patient. C'est à cause de cela que nous avons associé sur le premier schéma sur un même palier le médecin et la profession paramédicale. Faut-il voir dans la prescription médicale un rapport d'autorité stricte voire de contrainte entre le prescripteur (le médecin) et un exécutant (la profession paramédicale) ? Ou bien la prescription médicale n'est qu'une obligation formelle qui n'empêche en rien l'expression d'une franche collaboration entre les différentes professions ? La réponse à ces questions[31] n'est-elle pas en partie dans les résultats aux questions soumises aux ergothérapeutes ?

Tout d'abord au sujet de l'organisation du travail, 60 % des ergothérapeutes interrogés considèrent l'organisation du travail « peu contraignante » contre 30.5 % qui la trouvent « assez contraignante » et 9.5 % « contraignante ». Ce sont près des deux tiers des

[31] Ce sont des réponses aux questions 24 et 25 qui sont libellées ainsi :
Q 24 : « *Considérez-vous l'organisation du travail dans laquelle vous évoluez est : Contraignante – Assez contraignante – Peu contraignante.* »
Q 25 : « *La collaboration entre les médecins et les autres professions paramédicales vous paraît-elle : Bonne – Assez bonne – Insuffisante –Inexistante.* »

ergothérapeutes qui n'ont pas à subir l'organisation du travail. Le caractère rigide de toute organisation administrative ne démotive pas les ergothérapeutes même lorsqu'il s'agit de faire des démarches auprès de la hiérarchie afin de bénéficier des autorisations nécessaires pour obtenir des congés, pour demander le financement de tel ou tel projet ou pour participer à une formation.

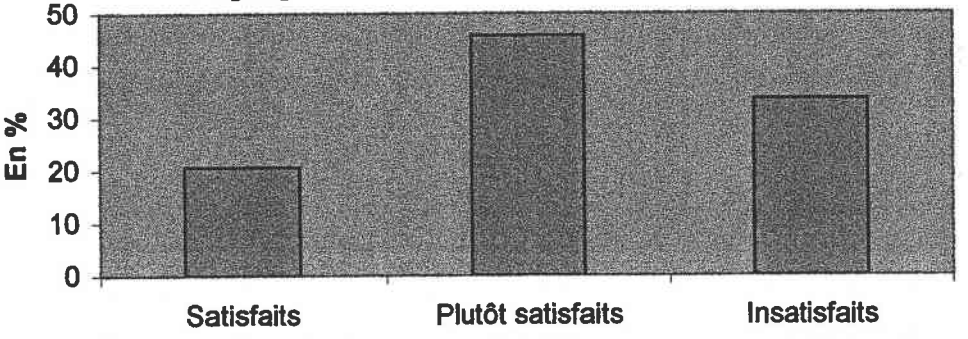
Graphique 1 : La collaboration entre les médecins et les autres professions paramédicales



Source : Enquête Ergothérapeutes – Mars 2000

Concernant la collaboration entre les différentes professions, si 38.2 % des ergothérapeutes interrogés affirment que la collaboration avec les médecins et les autres professions paramédicales est insuffisante (34.8 %) voire inexistante (3.4 %), 61.8 % sont d'un tout autre avis car ils avancent qu'elle est assez bonne (31.4 %) voire bonne (30.4 %). D'autres critères tels que « la relation avec la hiérarchie[32] » apportent également des réponses qui laissent supposer de bonnes conditions de travail quels que soient les lieux de travail dans lesquels évoluent les ergothérapeutes (graphique2).

Graphique 2 : Relations avec la hiérarchie



Source : Enquête Ergothérapeutes – Mars 2000

[32] Réponse à la question 26: *« Quels sont vos motifs de satisfaction ou d'insatisfaction dans cette profession ?»* Les items concernent *« les relations avec la hiérarchie »* et *« les responsabilités »*.

Ici, les ergothérapeutes manifestent leur satisfaction face à la hiérarchie (qu'elle soit administrative ou médicale). Ceux qui semblent approuver la façon dont fonctionne les rapports hiérarchiques l'emportent (66.1 % dont 20.7 % de « satisfaits » et 45.7 % de « plutôt satisfaits ») sur les « insatisfaits » (33.6 %). Ces résultats confirment les résultats précédents sur les bonnes relations professionnelles qu'entretiennent les ergothérapeutes avec les médecins. D'ailleurs en matière de « responsabilité » les ergothérapeutes ont des motifs de satisfaction puisque 87.3 % sont « satisfaits » (39.5 %) ou « plutôt satisfaits » (47.7 %) des responsabilités qui leur incombent. Il ressort de ce traitement chiffré une impression de complémentarité au sein de l'organisation entre les diverses professions plus que d'opposition. Ces résultats ne sont-ils pas surprenants au regard de la position hiérarchique des ergothérapeutes ?

Le cadre formel dans lequel est insérée la division du travail médical, en séparant expressément ceux qui décident (les médecins) et ceux qui exécutent (les professions paramédicales), n'est pas opératoire ici. Si le pouvoir de décision appartient au seul médecin dans le cadre du contrôle médical les ergothérapeutes prennent aussi leur part de responsabilité dans la prise en charge du patient. La division du travail stricte si elle est fondée sur la qualification et la spécialisation invite tout de même à la collaboration plutôt qu'à un cloisonnement sans échanges professionnels. En assumant le côté technique, en exposant un savoir-faire l'ergothérapeute ne prouve-t-il pas qu'il est autre chose qu'un exécutant ? Veulent-ils montrer que la pratique de soins exige une part d'activité créatrice, une part d'initiative ? Mais doit-on en conclure que le travail des ergothérapeutes pourrait s'accomplir à terme indépendamment du contrôle du médecin ou de l'administration ? La question de l'autonomie professionnelle des ergothérapeutes et la place de l'ergothérapie dans l'espace médical et paramédical ne sont-elles pas à nouveau posées ?

Préciser la notion de profession n'est pas une tâche simple parce qu'elle admet plusieurs sens, plusieurs caractéristiques dont nous nous sommes fait l'écho. L'intérêt porté à la profession d'ergothérapeute, donc sur un exemple, permet dans un premier temps de confronter différentes thèses d'auteurs avec la classification des PCS établie par l'INSEE et, dans un deuxième temps, d'énoncer de nouveaux critères propres à engager la discussion sur la place de l'ergothérapie dans l'espace des professions paramédicales. Mais avant, il est important de s'arrêter à la définition de l'ergothérapie et à la perception de l'ergothérapie par les ergothérapeutes eux-mêmes.

CHAPITRE II

COMMENT DEFINIR L'ERGOTHERAPIE ?

Il est nécessaire de laisser aux spécialistes (aux ergothérapeutes, aux médecins) le soin de définir l'ergothérapie. Cet exercice n'est pas aisé en raison des multiples champs d'intervention de l'ergothérapie. D'ailleurs, nous n'avons pas demandé expressément aux ergothérapeutes interrogés de définir l'ergothérapie mais de mentionner les « aspects intéressants » de cette discipline. S'arrêter aux domaines de la rééducation et de la réadaptation pour définir l'ergothérapie apparaît à la fois comme suffisant et insuffisant. Suffisant pour comprendre approximativement le type de prise en charge assuré par les ergothérapeutes, insuffisant pour se rendre compte de leurs possibilités d'interventions thérapeutiques.

1. CERNER LES CONTOURS DE LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE

A ce stade du développement, il est important de préciser les contours de la profession d'ergothérapeute. Qu'est-ce qu'un ergothérapeute ? Qu'est-ce que l'ergothérapie ? Un détour historique nous apprend combien cette discipline évolue dans ses pratiques thérapeutiques. De

plus il semble utile, de prime abord, pour cerner l'ergothérapie, de confronter plusieurs définitions issues de publications spécialisées ou de dictionnaires à vocation plus généraliste.

1.1. L'ergothérapie se limite-t-elle à une thérapie par le travail ?

En évoquant en liminaire l'étymologie du terme ergothérapie, celle-ci nous renseigne déjà sur les caractéristiques spécifiques de cette discipline. Dans ergothérapie nous trouvons thérapie et ergo. Thérapie provient du grec « therapia » et signifie soins (dictionnaire Larousse). Ergo est tiré du grec « ergon » et signifie activité, ouvrage, travail, réalité (dictionnaire Belin). Nous proposons dès lors une première définition : les ergothérapeutes en tant que profession paramédicale proposent le travail comme moyen d'atténuer les conséquences de la maladie. Donc l'ergothérapie, c'est la thérapeutique par le travail. D'ailleurs les anglo-américains (Canada, Etats-Unis) ont adopté une expression plus appropriée, celle « d'occupational therapy », expression traduite littéralement par thérapeutique occupationnelle[1]. Occuper les patients à travailler semble toutefois être une pratique un peu réductrice mais pleine de signification. Mais le travail en tant qu'activité a une vocation plus utilitaire que le jeu par exemple car il met le patient en situation d'insertion sociale. Mais de quels troubles souffrent les patients pour qu'ils aient besoin de séances d'ergothérapie ? Les patients sont souvent atteints de troubles fonctionnels qui les empêchent d'avoir « une vie normale ».

« Les troubles fonctionnels représentent des anomalies des fonctions élémentaires des organes qui constituent un handicap fonctionnel, passager ou définitif. (...)

Aussi l'ergothérapie est une méthode de traitement de certaines affections physiques ou mentales utilisant le travail ou toute autre occupation, en vue de corriger les troubles fonctionnels qui les caractérisent.[2] »

Parmi les troubles fonctionnels, il existe le cas des difficultés de la fonction motrice : par exemple suite à un accident de la route une personne n'arrive plus à exécuter certains gestes et ces anomalies ont des conséquences sur la vie quotidienne du patient atteint (incapacité de faire sa toilette, difficultés à se déplacer). L'ergothérapeute se propose de corriger ces anomalies fonctionnelles par des activités spécifiques de rééducation. Dans le cas d'un déficit de la motricité :

---

[1] Cet intitulé montre bien que les anglo-américains marquent bien la distinction entre les activités qui relèvent de « l'occupation » dont les professions paramédicales et les activités rattachées à la « profession » dont les professions médicales.

[2] L. Pierquin, J. M. André, P. Farcy, Ergothérapie, Paris, Masson, 1980, p.3.

« Le recours éventuel à l'ergothérapie se justifierait pour deux raisons : la première, c'est qu'un mouvement global, un geste, peut avoir sur un muscle paralysé un effet stimulant supérieur, la seconde, c'est que l'activité corrige en plus les troubles associés, notamment psychologiques.

La rééducation du geste est par contre un des objectifs majeurs de l'ergothérapie, car le geste est la forme la plus expressive et la plus riche de la motricité. L'arme employée, travail ou occupation, convient admirablement pour en corriger les défauts. Il s'agit même d'une rééducation allant au-delà des troubles moteurs, car le geste traduit la qualité ou l'insuffisance de toutes nos fonctions nerveuses et psychiques.[3] »

Nous abordons là une des spécificités de l'ergothérapie et sûrement un des éléments clé de cette discipline. Alors que la kinésithérapie, également discipline de la rééducation gestuelle, agirait face à un déficit de motricité plutôt sur le mouvement, l'ergothérapie aborderait la pathologie de manière plus fine. C'est moins la rééducation du mouvement que celle du geste qui compte. L'ergothérapie serait une discipline sensible à la nature du trouble et à la manière dont il est vécu par celui qui le subit. Un ergothérapeute cherche à traiter la pathologie avec une activité appropriée tout en connaissant la finalité de celle-ci : autrement dit, pour le cas d'un handicapé moteur, quels sont les moyens à la disposition d'un ergothérapeute et pour quels objectifs ?

Après avoir examiné la personne handicapée et après avoir procédé à un bilan, l'ergothérapeute opte pour différentes techniques aussi variées qu'inventives pour aider la personne à recouvrir en partie voire en totalité ses capacités motrices et une certaine indépendance. Parmi les techniques utilisées, il y a bien entendu le travail et l'occupation par des tâches très diverses qui vont de la vannerie, du tissage, en tant qu'activités de base traditionnelles par exemple, à des activités de la vie quotidienne comme le ménage, la conduite d'une voiture; d'autres ergothérapeutes privilégieront des exercices plus élaborés parfois ludiques, etc. Les objectifs ou la finalité de l'activité est de rendre le patient le moins dépendant possible. Cette première contribution à une définition de l'ergothérapie mérite d'être complétée par un autre travail de recherche[4] .

---

[3] L. Pierquin, J. M. André, P. Farcy, Ibid, p.4.

[4] G. Couci, Ergothérapie substantif féminin, Expériences en ergothérapie, Masson, N°4, 1994, p. 2 et 3.
Il s'agit d'une analyse de contenu menée par G. Couci (ergothérapeute-cadre) à partir de quarante-quatre définitions de l'ergothérapie tirées à la fois d'ouvrages spécialisés en médecine et d'ouvrages à vocation plus généraliste.

1.2. Des définitions multiples pour cerner les différents aspects de la discipline

Parmi les définitions qui sont reprises par G. Gouci dans son article nous choisissons celles qui nous paraîssent les plus significatives[5] :

1- « Mode de traitement destiné à la réadaptation des malades et des blessés au moyen de l'apprentissage de travaux thérapeutiques », Grand Larousse encyclopédique, supplément, 1 vol., 1968.

2- « Méthode thérapeutique de rééducation active qui a pour but de favoriser la réinsertion sociale des handicapés moteurs ou mentaux par l'apprentissage et la pratique de techniques artisanales », Grand dictionnaire encyclopédique Larousse, tome 6, 1986.

3- « Thérapeutique par le travail particulièrement utilisée par les maladies mentales », Vocabulaire de la psychologie, H. Pieron, Paris, PUF, 1979.

4- « Méthode de rééducation active des infirmes qui consiste à leur faire exécuter un travail manuel destiné à améliorer leur état physique et psychique et à préparer la reprise de la vie professionnelle », Dictionnaire des termes de médecine, Paris, Maloine, 1990.

5- « Activité paramédicale dont le rôle est d'évaluer, de traiter et d'aider les patients présentant un handicap physique ou intellectuel ou une incapacité quelconque. En rhumatologie, l'ergothérapeute doit mettre en évidence les difficultés rencontrées par les malades dans leurs activités de la vie quotidienne et les aider à les résoudre en ayant éventuellement recours aux orthèses et aux aides techniques », Dictionnaire illustré de rhumatologie, Bhalla et Williams, Paris, Pradel, 1989.

6- « Traitement par la rééducation fonctionnelle et l'accomplissement d'un travail. Discipline paramédicale utilisant les activités fonctionnelles sous forme de travail, jeux, gestes de la vie courante et qui a pour but d'améliorer une fonction déficiente ou compenser une fonction perdue, de réduire au minimum la dépendance du sujet, de développer son habileté manuelle, de lui apprendre à se servir d'une prothèse de membre supérieur et autres petits appareils facilitant diverses activités. L'ergothérapie comprend entre autres le travail du bois, du cuir ou du métal, le tissage, la vannerie, le jeu de cartes, la peinture », Dictionnaire de médecine physique de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, Paris, Maloine, 1972.

Les définitions sont plus spécialisées en fonction de la nature du dictionnaire. Elles représentent des points de repère intéressants pour formuler les contours de cette discipline.

---

[5] Dans les six définitions que nous reprenons, nous mélangeons les extraits tirés d'ouvrages spécialisés et non spécialisés. Celles-ci vont servir à compléter les conclusions de G.Couci que nous reprenons plus loin.

Ce condensé de définitions est un précis de mots-clés que l'auteur de l'article reprend dans son analyse. Quelle est la fréquence d'utilisation de certains mots ? Si nous restons dans une démarche thérapeutique basée sur le rapport choix de l'activité/finalité de l'activité, quels sont les termes le plus souvent utilisés dans les définitions selon G. Couci ?

« Concernant le « choix de l'activité » les termes qui reviennent le plus souvent sont : travail, activité (manuelle, artisanale ou pratique). A propos des « finalités de l'activité » : réinsertion, reclassement, réadaptation (sociale ou professionnelle).[6] »

Les définitions telles qu'elles apparaissent dans l'article évoquent en grande partie cette relation essentielle en ergothérapie entre les moyens thérapeutiques utilisés face à une pathologie et les objectifs visés. Cette relation apparaît assez clairement dans les définitions 1, 2, 4 et 6 que ce soit un dictionnaire généraliste ou un dictionnaire spécialisé. Par contre, les définitions 3 et 5, compte tenu de la thématique développée par le dictionnaire, mettront davantage l'accent sur l'intérêt de l'ergothérapie en psychiatrie (définition 3) et en rhumatologie (définition 5). Parmi le type de patient auquel est confronté l'ergothérapeute il y a les personnes souffrant de troubles physiques mais aussi celles qui souffrent d'un handicap mental. Un détour par l'histoire de l'ergothérapie nous donnera des éléments d'information supplémentaire sur cette profession.

1.3. Historique de l'ergothérapie : l'autonomie comme objectif thérapeutique

L'histoire de l'ergothérapie nous montre que l'activité est au cœur de cette discipline. Pour les besoins de la démonstration nous résumons en partie un article publié dans le Journal d'Ergothérapie[7]. Les auteurs montrent que les vertus de l'activité remontent au temps les plus reculés. L'activité apporte des bienfaits autant pour la santé physique que pour la santé mentale. Le travail, l'occupation sont reconnus comme utiles à l'homme. Et c'est tout particulièrement dans le secteur psychiatrique que les exercices physiques et les occupations manuelles sont préconisées au début du XIX° siècle contre des pratiques d'enfermement ou d'enchaînement des malades. Le début du XX° siècle marque la naissance effective de l'ergothérapie grâce à des pionniers originaires des Etats-Unis qui ont énoncé quelques grands principes de cette discipline. Les premiers ergothérapeutes sont plutôt spécialisés en psychiatrie, mais la première guerre mondiale les oriente progressivement vers la médecine physique :

---

[6] G. Couci, Ibid, p. 5.

[7] P. Y. Therriault, F. Collard, Ergothérapie: « Je me souviens », Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1987.

« Les médecins de rééducation reconnaissent la valeur de l'ergothérapie et fondent des unités dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux pédiatriques. (...) Plusieurs écoles sont créées notamment aux Etats-Unis. (...) La profession s'organise autour d'associations, d'écoles, de programmes de formation, de publications.[8] »

La reconnaissance progressive de l'ergothérapie comme profession ne doit pas cacher la diversité des courants théoriques qui animent cette discipline. Nous pouvons distinguer deux approches majeures de la pratique de l'ergothérapie issues des recherches. Selon P.Y. Therriault et F. Collard il s'agit vraiment de deux modèles que nous proposons de rapporter dans un tableau :

Tableau 1 : Caractéristiques de deux grands modèles théoriques en ergothérapie

LE MODELE ATOMISTE OU MEDICAL	MODELE GLOBAL OU SYSTEMIQUE
- L'être humain est réduit à ses plus petites parties en liaison avec le développement des sciences médicales surtout en neurologie - Approche très analytique de la pathologie - L'homme est perçu comme un système neuromusculaire - Dans le traitement ergothérapique l'activité proposée n'a pas besoin d'être significative pour l'individu	- L'être humain est abordé comme un Tout en liaison avec le développement des sciences humaines - Approche bio-psycho-sociale de la pathologie - L'homme est à replacer dans un environnement. Recherche de l'équilibre de l'individu - L'intervention ergothérapique est de traiter le patient selon le concept de globalité, l'activité proposée doit avoir un sens

Les auteurs affirment que le modèle atomiste s'est plus ou moins imposé dans les années 1950 à 1970 tandis que le modèle global devient la référence chez les ergothérapeutes en Amérique du Nord tout comme en France à partir des années 1970 suite à de nouvelles publications sur la question de la relation de l'individu à son environnement. Il est important de souligner le rôle de la recherche dans la promotion de tel ou tel modèle. La reconnaissance de la profession en dépend. Et c'est en Amérique du Nord que les programmes de recherche en ergothérapie sont les plus importants dans la mesure où les ergothérapeutes ont la possibilité de faire un doctorat, opportunité qui n'existe pas en France puisque le cursus s'arrête au bout de trois ans. Toutefois beaucoup d'ergothérapeutes en France se lancent aussi

[8] P. Y. Therriault, F. Collard, Ibid, p. 44.

dans la recherche notamment les ergothérapeutes-cadres. Il est intéressant de remarquer que le modèle global a suscité de nombreux commentaires et à ouvert la voie au développement du concept d'autonomie. Ce concept est largement utilisé par les ergothérapeutes dans leurs travaux de recherche. Il l'associe aussi avec les termes d'indépendance et de réadaptation :

« Le terme « Autonomie » – très familier aux ergothérapeutes – figure comme objectif principal bien reconnu dans la plupart des dossiers cliniques et dans tous les programmes d'interventions thérapeutiques visant à la réadaptation du patient.

Nos efforts professionnels se sont toujours concentrés sur la recherche de l'indépendance et la restructuration globale de la personnalité, bref, sur la facilitation de son autonomie somatique et psychique.[9] »

L'auteur confirme la tendance dans laquelle s'est engagée l'ergothérapie depuis quelques années, celle de considérer le patient comme un Tout. L'ergothérapeute doit faire en sorte que le patient retrouve confiance en lui, qu'il gagne en indépendance malgré son handicap. La réadaptation du patient devient un objectif final primordial, terme repris par un certain nombre de définitions (voir plus haut). Finalement, toute activité proposée par un ergothérapeute est en soi rééducative mais a pour finalité la réadaptation (et à terme l'autonomie). La réadaptation n'est pas un concept très ancien en ergothérapie puisqu'il apparaît dans les publications spécialisées dans les années 1970, période où justement l'ergothérapie prend une autre direction qui se veut différente des « courants médicaux ».

« Le patient au centre du traitement s 'engage dans une croissance personnelle. Le choix de l'activité est donc un travail de collaboration entre le thérapeute et le patient.(...) Pour que la thérapie réussisse, il faut y associer le patient.[10] »

En adoptant cette démarche plus « humaniste » l'ergothérapie n'abandonne-t-elle pas en partie « l'influence médicale et rationnelle » qui est à la base de sa « scientificité » ? A. Etienne est convaincu du contraire et que « l'activité dans le traitement », que ce soit de la vannerie ou des tâches plus élaborées, doit reprendre toute sa place en ergothérapie en s'appuyant sur des travaux de recherche de plus en plus nombreux. L'auteur parle même de

---

[9] M. Schwartz, Autonomie: but thérapeutique, professionnel, personnel, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1991, p. 34.
Cet article est en réalité un texte d'introduction d'une journée de colloque organisée par l'ANFE sur le thème du « domicile espace de vie et de soins dans l'Europe de 1992 » et qui a été repris par le Journal d'Ergothérapie. M. Schwartz est présidente de la WFOT (World federation of occupational therapists), Fédération mondiale des ergothérapeutes.

[10] A. Etienne, L'activité en Amérique du Nord : évolution vers une science de l'occupation, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1990, p. 50.
L'auteur est professeur d'ergothérapie et responsable des programmes d'ergothérapie à l'université d'Ottawa (Canada).

science de l'occupation pour confirmer le rôle primordial de l'occupation en ergothérapie[11]. En plus des expressions de « modèle global ou modèle systémique », nous ajoutons le « modèle occupationnel ». La réflexion d'I. Pibarot sur la question nous paraît intéressante à ce stade de la démonstration :

« Si la science médicale est l'arrière fond de la pratique ergothérapique, si les connaissances en matière de physiologie, psychologie, pathologie font partie de la compétence de l'ergothérapeute, c'est pour les mettre au service de l'effort spontané du malade, pour élargir son champ et ses possibilités d'adaptation au milieu qui est le sien. (...) L'ergothérapeute est promoteur de l'activité normative des personnes. Il accompagne l'expérience qui consiste à trouver de nouvelles formes d'adaptation à la vie.[12] »

C'est dans l'interrelation avec l'ergothérapeute que le patient va faire sa propre expérience de la maladie. L'ergothérapeute va « inviter » le patient à être acteur de sa propre thérapie. L'adaptation est à nouveau au cœur de la problématique de la thérapie: s'adapter à son « quotidien », que ce soit au travail, dans la relation avec autrui, pour sa toilette, pour cuisiner, pour se déplacer, etc. L'adaptation pose bien entendu la question des moyens à mettre en oeuvre pour compenser les incapacités et les déficiences chez le patient. L'adaptation ou la réadaptation va en quelque sorte plus loin que la « simple » rééducation. Le but ultime étant toujours l'autonomie. Nous proposons un schéma d'implication :

Rééducation ⟶ Réadaptation ⟶ Autonomie

La réadaptation[13] va « plus loin » que la rééducation dans la mesure où cette pratique ne « réduit » pas le patient à une pathologie mais le « replace » dans son environnement pour arriver à gagner en autonomie[14]. Une étude a montré que si la réadaptation est très liée à l'ergothérapie en revanche l'autonomie est une notion qui apparaît plus tardivement :

---

[11] *« Alors que le mot « occupation », en français, est ambigu et prend souvent le sens de passe-temps, il signifie en anglais l'ensemble des activités entreprises par l'être humain au cours de la vie quotidienne. Le comportement occupationnel signifie le comportement de l'être humain engagé dans ses activités familières. »* Commentaire cité dans l'article d'A. Etienne, opus cit.

[12] I. Pibarot, « Ne dites pas à ma mère que j'ergonne, elle croit que je travaille », Journal d'Ergothérapie, Masson, N°3, 1996.
I. Piberot, est ergothérapeute et psychanalyste.

[13] Nous proposons les définitions de rééducation et de réadaptation citées dans le Cahier Spécial « Contact Santé » consacré à *Handicap et ergothérapie* publié par la maison régionale de la santé Nord Pas-de-Calais en mai 1995. Rééducation : action de refaire l'éducation d'une fonction lésée.
Réadaptation : rééducation des séquelles afin de réadapter une personne à une vie normale.

[14] La littérature spécialisée développe plusieurs approches de l'autonomie. Nous en évoquerons deux :

« La « réadaptation » apparaît dès le début des publications, elle est souvent traitée dans des articles de rééducation fonctionnelle mais aussi par rapport à la réinsertion professionnelle, les loisirs, la conduite automobile.

Le mot « autonomie » ne fait son apparition qu'à partir de 1988.

Le mot « indépendance » visible plus tôt, à partir de 1975, est dénombré neuf fois seulement.

Le mot « domicile » n'apparaît qu'à partir de 1987 où il fait soudainement quatre fois partie des titres, douze fois au total de 1987 à 1998. [15] *»*

Cette recherche montre comment les ergothérapeutes témoignent leur intérêt pour telle ou telle pratique. Ici, nous avons volontairement repris des termes qui nous paraissent significatifs des tendances actuelles de l'ergothérapie. Il y a bien d'autres termes que l'auteur a relevés mais qui nous intéressent moins car trop liés au caractère technique de l'ergothérapie tels que les pratiques en neurologie, en rhumatologie, l'appareillage et les aides techniques, etc.

Par contre ce qui nous importe est la capacité de cette profession à s'ouvrir à d'autres champs d'investigation différents de ceux auxquels elle est attachée traditionnellement. Le point de vue des ergothérapeutes semble ici important pour confirmer l'orientation thérapeutique que prend l'ergothérapie vers la réadaptation et l'autonomie.

2. PERCEPTION DE L'ERGOTHERAPIE PAR LES ERGOTHERAPEUTES

La réadaptation est certes un terme générique en ergothérapie mais qui renvoie à d'autres pratiques qui sont autant d'enjeux pour l'avenir de la profession. Par exemple « le

---

1- L'approche fonctionnelle : l'autonomie s'entend dans le sens biologique ou physiologique, c'est la capacité d'une fonction à se gérer elle-même.

2- L'approche humaniste : devenir autonome est une dynamique propre à chacun mais elle ne peut s'exercer que dans la relation d'interdépendance qui relie chacun de nous aux autres.

Ces deux définitions sont énoncées par N. Turlan dans un article du Journal d'Ergothérapie.

N. Turlan, L'autonomie : approche conceptuelle pour une meilleure pratique, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1999.

N. Turlan est ergothérapeute-cadre.

[15] Cette étude a été menée par C. Bourrellis, ergothérapeute-cadre. Elle a observé l'évolution des pratiques d'ergothérapie à travers l'apparition et la fréquence de thèmes, de pathologies, de mots et de contextes dans les écrits spécialisés. Elle a donc réalisé une analyse de contenu sur la période 1968-1997 des titres de deux parutions : le Journal d'Ergothérapie et Expériences en ergothérapie aux éditions Masson.

C. Bourellis, Evolution des pratiques d'ergothérapie dans les écrits, Actes du congrès mondial d'ergothérapie, ANFE, 2000, p. 37.

domicile » est un thème qui revient souvent. « Le domicile » signifie « retour à domicile » ou « maintien à domicile » pour les personnes handicapées ou des personnes qui ont des incapacités motrices. La recherche de l'indépendance peut se pratiquer certes à l'hôpital, dans l'institution de soins mais elle s'acquiert surtout dans un environnement qui est familier au patient, c'est à dire le domicile.

2.1. Le patient au cœur de la prise en charge thérapeutique

A ce titre l'enquête que nous avons menée auprès des ergothérapeutes en exercice et auprès des étudiants est révélatrice d'une prise de conscience des enjeux. Plusieurs aspects de la profession leur semblent « intéressants[16] »:

Fréquence d'apparition des termes ou expressions (par ordre décroissant)

- *Le contact humain (118)*
- *Réadaptation (79)*
- *Intervention à domicile (75)*
- *Prise en charge globale du patient (70)*
- *Diversité des actes, des techniques utilisées (66)*
- *Autonomie (51)*
- *Rééducation (44)*
- *Vaste champ d'intervention (43)*
- *Travail d'équipe (42)*
- *Aides techniques / Appareillages (26)*
- *Aspect concret du travail (11)*
- *Lien entre le sanitaire et le social (11)*
- *Réinsertion (9)*
- *Evolution permanente (8)*
- *Indépendance (7)*

Ces quelques résultats montrent à quel point les ergothérapeutes s'intéressent à des aspects de leur discipline en lien avec ceux qui sont de plus en plus développés dans la

[16]A partir d'une analyse fréquentielle des termes. Ce travail concerne les ergothérapeutes en exercice. La question 32 est une question ouverte, elle laisse la possibilité à la personne interrogée de s'exprimer plus amplement sur quelques lignes, elle est libellée de la sorte : « *Quels sont les aspects de la profession d'ergothérapeute qui vous paraissent les plus intéressants?* »

recherche en ergothérapie. L'approche « humaine » ou « humaniste » de la profession est mise en exergue[17] :

« La relation avec les patients ou usagers de nos services, mais également avec tous les autres professionnels qui interviennent pour la personne (assistante sociale, auxiliaire de vie, etc.). Dimension plus humaine de la personne, prise en charge d'une personne, et pas d'un objet pathologique. »

(Femme, 31 ans, 8 ans d'ancienneté)

Une grande partie des ergothérapeutes interrogés considère que « l'aspect relationnel » de leur profession compte beaucoup dans la thérapie ; et au-delà, c'est l'aide à la personne malade ou handicapée qui change. La prise en charge d'un patient n'est concevable que dans un contexte global c'est à dire en replaçant le patient dans son environnement. Le patient est au cœur du processus thérapeutique. Aussi, il faut plutôt privilégier le « travail en équipe » que ce soit par exemple pour la réadaptation du patient que pour le retour à domicile ou encore pour arriver à le rendre plus autonome. Une démarche confirmée par un ergothérapeute, toujours en réponse à la question 32 :

« Améliorer l'autonomie dans les gestes simples de la vie quotidienne des gens aussi bien à leur domicile que dans leur travail, leurs loisirs, ...leur vie dans son ensemble. Les aider à trouver des solutions pratiques et concrètes à des problèmes qui leur semblent insolubles. Travailler en équipe, avec d'autres soignants sur un objectif fixé ensemble. »

(Femme, 23 ans, 2 ans d'ancienneté)

Ces phrases résument assez bien l'état d'esprit des ergothérapeutes interrogés, celui d'établir un projet autour et avec le patient. Projet établi en concertation avec d'autres partenaires, d'autres soignants, l'ergothérapeute y jouant pleinement son rôle tout en étant d'ailleurs prêt à assumer d'autres responsabilités :

« Indépendance hiérarchique, possibilité de prendre des initiatives. »

(Homme, 32 ans, 8 ans d'ancienneté)

« La diversité des tâches qui nous incombent. Cette profession nous permet d'évoluer dans un champ d'activité très vaste : rééducation, réadaptation, adultes, enfants, adolescents, personnes âgées...Cette profession nécessite une recherche permanente de moyens (aides techniques ou autres) et favorise une certaine créativité. Le travail en équipe est important. »

(Femme, 25 ans, 3 ans d'ancienneté)

---

[17] Nous restituons des réponses complètes d'ergothérapeutes à la question 32.

Ces réponses nous donnent des indications supplémentaires sur le niveau de compétence des ergothérapeutes. De multiples possibilités d'intervention s'offrent à eux ce qui rend le travail très créatif en somme. L'originalité de leur discipline tient en partie à cela, d'où aussi une liberté d'action qui les rend souvent indépendant de la hiérarchie. « L'autonomie » qu'ils revendiquent pour les patients semble également les concerner, mais d'un point de vue professionnel. Et le « travail en équipe » n'entre pas en contradiction avec ce besoin d'être éloigné du cadre hiérarchique strict d'un service hospitalier par exemple. La « rééducation » n'est pas mise de côté, elle fait partie intégrante du métier sauf que la diversité des pathologies et des publics rencontrés amènent les ergothérapeutes à penser différemment les modalités de prise en charge. La « réinsertion » est aussi un mot-clé qui revient dans les propos des ergothérapeutes et qui appartient plus au vocabulaire « social » que « médical ». L'ergothérapeute, dans une mission de « retour à domicile », par exemple, entreprend de faire « le lien entre le sanitaire et le social ». Pour beaucoup d'ergothérapeutes, la « réinsertion » s'inscrit dans une pratique d'accompagnement du patient. En ventilant les termes par « caractéristique principale » nous obtenons un tableau récapitulatif :

Tableau 2 : Fréquence d'apparition des termes ou expressions par « caractéristique principale » (de 1 à 4)

1- Replacer le patient dans son environnement	2- Approche humaine	3- Multiples potentialités d'intervention	4 -Environnement de travail de l'ergo-thérapeute
- Réadaptation (79) - Intervention à domicile (75) - Prise en charge globale du patient (70) - Autonomie (51) - Réinsertion (9) - Indépendance (7)	- Le contact humain (118)	- Diversité des actes, des techniques utilisées (66) - Rééducation (44) -Vaste champ d'inter-vention (43) - Evolution permanente (8) - Aspect concret du travail (11) -Aides techniques/ appareillages (26)	- Lien entre sanitaire et social (11) -Travail d'équipe (42)

Ce regroupement par « caractéristique principale » montre l'intérêt que portent les ergothérapeutes envers le patient. Les différents termes ou expressions en rapport avec les deux premières « caractéristiques principales » apparaissent près de 409 fois dans les réponses des ergothérapeutes. Ces deux caractéristiques sont très complémentaires dans leur approche du patient.

D'ailleurs, parmi les motifs de satisfaction des ergothérapeutes au travail, « les relations avec le patient » prennent une large part. Selon les résultats de notre enquête, pratiquement la totalité des ergothérapeutes interrogés (soit 99.4%) sont « satisfaits » (84.4%) ou « plutôt satisfaits » (15%) des relations avec le patient. Seuls 0.7% ont des raisons d'être mécontents. Dans leur réponse à la question 32 beaucoup d'ergothérapeutes observent le besoin des patients « d'être écoutés ». A ce titre l'ergothérapeute :

« Est très proche des patients et de leur quotidien. »

(femme, 26 ans, 2 ans d'ancienneté)

« Participe à la mise en « œuvre » des possibilités de la personne handicapée et accompagne l'évolution de la personnalité qui va avec.»

(Femme, 42 ans, 19 ans d'ancienneté)

« Considère comme un défi, une bataille à remporter pour aider les personnes handicapées. Apporter un soutien, une aide, un réconfort, des tentatives de solution à des problèmes. »

(Femme, 27 ans, 5 ans d'ancienneté)

Dans notre définition de la pratique de l'ergothérapie, il est important d'associer à la fois le caractère technique et le caractère humain de cette discipline. Ces quelques réponses l'attestent une fois de plus. Les mots tels que « proche », « accompagner la personnalité », « soutien », « aide », « réconfort » montrent l'intérêt de mettre l'accent aussi sur le « relationnel » dans l'intervention thérapeutique. Ainsi le modèle théorique adopté par les ergothérapeutes serait plutôt le modèle global ou systémique contre le modèle atomiste ou médical. Probablement que l'état des recherches en ergothérapie a une influence sur les pratiques[18]. De même que l'orientation des programmes dans les écoles d'ergothérapie n'a-t-elle pas un impact sur les représentations des futurs ergothérapeutes de leurs pratiques ?

[18] C'est plutôt vrai dans la mesure où il y a un lien entre les recherches et le contenu des formations dispensées dans les instituts et dans le cadre des interventions lors de la formation continue.

2.2. La composante « globale » de l'ergothérapie est-elle privilégiée dans les instituts sur la composante « atomiste » ?

Pour en savoir plus sur cette question, il est intéressant d'aller interroger les étudiants en ergothérapie eux-mêmes[19] :

« Aspects de rééducation physique ainsi qu'au niveau psychiatrique. Contact avec les patients. »

(Femme, 20 ans, 1° année, Institut de Rennes)

« Les visites à domicile, les mises en situation de vie quotidienne ou de travail. On s'intéresse à ce que peut encore faire le patient. On a une vision holistique du patient. Donner des conseils sur les aides techniques pour que les patients soient autonomes. »*

*globale *(Femme, 19 ans, 1° année, Institut de Rennes)*

« Réadaptation fonctionnelle. Réinsertion professionnelle et sociale. »

(Femme, 19 ans, 1° année, Institut de Nancy)

« L'approche du patient, qui est une approche globale, une approche de la personne elle-même. On ne tient pas uniquement compte de la déficience mais de ce qu'elle entraîne sur la personne. »

(Femme, 24 ans, 3°année, Institut de Nancy)

« Pouvoir travailler dans des domaines très différents (fonctionnel, psychiatrie,...) et pouvoir aborder les patients de différentes manières et - me semble-t-il – plus humainement que d'autres professions. »

(Femme, 21 ans, 2° année, Institut de Créteil)

« Le côté relationnel, le contact que l'on a avec les patients mais aussi avec les familles. Le fait d'aider une personne à s'accepter avec son handicap, à vivre avec et à redevenir autonome. »

(Femme, 23 ans, 3° année, Institut de Berck sur Mer)

« Vision globale sans dichotomie corps-esprit, place de l'activité et du relationnel dans les prises en charge, travail en équipe, importance de la position d'acteur du patient, prise en compte des troubles cognitifs, sensitivo- moteurs et psychologiques. »

(Femme, 22 ans, 3° année, Institut de Bordeaux)

---

[19] Nous reprenons ici quelques réponses aux questionnaires soumis aux étudiants issus des cinq instituts de formation en ergothérapie afin de mesurer l'intérêt qu 'ils portent à la profession. Sans entrer dans une analyse de contenu nous proposons quelques réponses significatives à la question 15, elles sont autant de perceptions de la profession. Le libellé de la question 15 est identique à celui de la question 32 posée aux ergothérapeutes en exercice : « *Quels sont les aspects de la profession qui vous semblent les plus intéressants ?* »

Ces quelques réponses nous renvoient à des notions que nous avons déjà relevées auprès des ergothérapeutes en exercice. En l'occurrence, elles réaffirment le caractère « humain » de la profession. Nous constatons aussi que la formation dispensée dans les instituts prépare l'ergothérapeute à « aborder » le patient d'une certaine manière, celui-ci ne se résume pas à une pathologie. La formation pluridisciplinaire dont bénéficient les étudiants en ergothérapie est bien le fondement de la profession d'ergothérapeute, aspect technique et aspect relationnel sont intimement liés. Elle développe chez les étudiants des aptitudes propres à faire face à différents types de pathologies, diverses situations. L'intérêt des stages est bien d'aller dans le sens d'une meilleure « compréhension » de la manière dont les patients « vivent » la maladie.

2.3. La découverte progressive des différents contours de l'ergothérapie par les étudiants

Toujours dans le but de mieux connaître l'ergothérapie dans ses différents aspects nous avons « relancé » les étudiants en leur soumettant une autre question[20]. Le choix d'une profession n'est pas toujours le résultat d'une longue réflexion. Certains étudiants ne manifestent pas de motivation particulière pour cette profession parce qu'ils l'ont un peu choisie « par hasard ». Ils se sont présentés à plusieurs concours d'entrée aux écoles paramédicales et ont finalement opté pour une formation en ergothérapie (malgré eux ?) :

« Les concours ont choisi pour moi. »

(Femme, 21 ans, 1° année, Institut de Rennes)

« ...Malheureusement j'ai loupé le concours de kinésithérapeute. »

(Femme, 20 ans, 1° année, Institut de Rennes)

« A la base ce n'est pas un choix, je voulais être psychomotricienne, j'ai tenté le concours d'ergothérapeute pour m'entraîner au concours de psychomotricienne car je connaissais pas exactement la profession d'ergothérapeute. »

(Femme, 25 ans, 3° année, Institut de Rennes)

« Mon but premier était de faire sage-femme. Mais le seul concours que j'ai réussi était celui d'ergo. Je me suis également engagée dans cette formation qui m'a effectivement

[20] Le questionnaire aux étudiants en ergothérapie se termine sur une question qui fait toujours appel à leur intérêt pour la profession, dans la continuité de la question 15. Il s'agit donc de la question 20 (question ouverte) : *« Finalement, qu'est-ce qui vous a incité à choisir la profession d'ergothérapeute? »* Nous proposons de reprendre quelques réponses significatives.

plu et que j'ai donc mené à bout. Ce qui n'était qu'un hasard... s'est transformé en conviction (surtout grâce aux stages). »

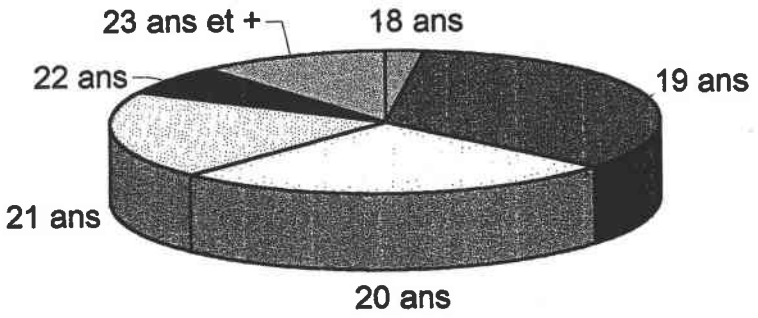
(Femme, 21 ans, 2° année, Institut de Créteil)

« Je ne l'ai pas vraiment choisi, je voulais un métier paramédical pour aider les autres. Maintenant j'en suis contente. »

(Femme, 24 ans, 3° année, Institut de Nancy)

Ce type de réponses revient régulièrement, il reflète assez bien l'état d'esprit avec lequel des étudiants abordent la formation en ergothérapie. Pour un certain nombre d'entre eux, l'ergothérapie est une profession inconnue qu'ils découvrent au fur et à mesure des études. Le choix pour la kinésithérapie, par exemple, est plus probable pour certains étudiants car cette profession leur est plus familière. Pourtant il apparaît dans les deux dernières réponses un intérêt croissant pour l'ergothérapie même si cette discipline n'a pas été choisie, pour beaucoup, délibérément et tout de suite après l'obtention du baccalauréat. En effet, il existe souvent un décalage entre l'âge de l'étudiant et l'âge d'entrée attendu[21] en 1° année (voir graphique 1).

Graphique 1 : Comparaison entre l'âge des étudiants et leur âge attendu en première année de formation*



Source : Enquête étudiants en ergothérapie – Mars 2000

* Nous avons recueilli l'âge de 91 étudiants de 1° année des instituts de Berck sur mer, Créteil, Nancy et Rennes.

Nous apercevons très nettement que les effectifs des étudiants qui ont l'âge de 18 ans en 1° année sont très faibles, ils ne sont que deux. Tandis qu'au-delà de 18 ans le nombre d'étudiants en 1° année est plus important. Une distribution confirmée par la moyenne d'âge

[21] En première année de formation l'âge attendu correspond à l'âge de 18 ans, âge normal du passage du baccalauréat. La première condition d'admission dans un institut est donc la détention du baccalauréat, la deuxième condition est la réussite au concours d'entrée de l'institut.

qui est de plus de 20 ans (20.27). Donc, en moyenne, les étudiants de 1° année ont deux années de plus que l'âge attendu à ce niveau là des études. Un âge moyen qui est confirmé par l'âge médian (valeur qui indique un partage en deux effectifs égaux des termes de la série), celui-ci est également de 20 ans. Globalement, après l'obtention du baccalauréat, l'orientation des étudiants vers l'ergothérapie n'est pas immédiate, une à deux années sont-elles nécessaires pour laisser mûrir les projets professionnels ? La réponse à cette question apparaît-elle dans d'autres résultats[22] de l'enquête ?

65.5% des étudiants interrogés ont une « idée précise » de la profession d'ergothérapeute avant d'entrer à l'institut de formation contre 35.5% qui avancent le contraire. Par contre, ils sont presque autant (69.4%) à affirmer ne pas connaître précisément le contenu des cours dispensés dans les écoles, ce qui est assez normal et prévisible puisqu'il faut attendre d'être immergé dans une formation pour en apprécier toutes les matières. Il s'avère toutefois que 30.6% des étudiants prétendent connaître le contenu des matières dispensées ce qui témoigne d'un réel intérêt pour la formation et donc pour la profession avant même d'avoir commencé les études.

Finalement, c'est l'engagement progressif dans la formation qui permet à l'étudiant d'appréhender au mieux cette profession. Nous relevons cette fois-ci d'autres réponses[23] qui sont tout à fait représentatives de la façon dont les étudiants sont motivés pour l'ergothérapie :

« Une autre approche de la rééducation, plus axée sur le réel, la vie quotidienne du patient. Quelque chose de différent et de novateur. »

(Femme, 22 ans, 3° année, Institut de Bordeaux)

« La grande variété des actions et la globalité de la prise en charge. »

(Femme, 29 ans, 3° année, Institut de Nancy)

« Le côté relationnel, technique et manuel et un entourage socio-familial confronté au handicap. »

(Femme, 21 ans, 3° année, Institut de Nancy)

« Une technique originale de rééducation en sachant utiliser l'activité comme médiateur ce qui permet de susciter l'intérêt de la personne, de la laisser s'exprimer, d'être plus à l'aise. »

(Femme, 24 ans, 3° année, Institut de Rennes)

« Réussir à faire vivre une personne avec son handicap. »

---

[22] Réponses aux questions 13 et14. Question 13 : *«Avant d'entrer à l'Institut de formation en ergothérapie aviez-vous une idée précise de ce qu'est la profession d'ergothérapeute? »* Question 14 : *«Avant d'entrer à l'Institut de formation en ergothérapie aviez-vous une idée précise du contenu des cours dispensés dans celui-ci? »*

[23] Nous citons là encore quelques réponses à la question 20.

(Femme, 25 ans, 2° année, Institut de Créteil)

« Le côté social et médical de la profession. »

(Femme, 21 ans, 3° année, Institut de Créteil)

Il ressort de ces quelques réponses la volonté d'aider le patient à devenir autonome, à reprendre place dans un environnement. Cette démarche ne peut pas se réaliser sans une relation de confiance entre le thérapeute et le patient. Le côté «social » de la fonction d'ergothérapeute est considéré comme primordial d'où les expressions : « savoir utiliser l'activité », « susciter l'intérêt », « faire vivre »,... L'ergothérapeute, en plus de ses qualités relationnelles, doit déployer beaucoup d'imagination, d'esprit inventif dans la recherche de techniques pour que le patient prenne conscience de ses possibilités. Mais parfois il suffit de proposer une activité manuelle toute « simple » comme la cuisine pour obtenir des avancées thérapeutiques encourageantes.

Les différents énoncés formulés par les ergothérapeutes en réponse aux questions que nous leur avons soumises participent à la réflexion sur les différents aspects d'une profession. A l'importance du choix de l'activité qui est souvent évoqué dans la thérapie autant chez les ergothérapeutes en exercice que chez les étudiants s'ajoute le caractère primordial de la « relation » au patient. A ce stade, l'ergothérapie s'inscrit dans une certaine pluridisciplinarité qui est probablement un atout en raison des multiples possibilités d'actions thérapeutiques. Mais, dès lors, n'entre-t-elle pas dans le champ d'intervention d'autres professions pour des pathologies bien précises ?

2.4. Le point de vue de l'ANFE sur les cadres d'intervention de l'ergothérapeute

Si l'ergothérapeute fixe comme objectif thérapeutique l'autonomie du patient il s'attache autant à s'intéresser à la rééducation qu'à la réadaptation, même si la réadaptation (la relation entre le malade et son environnement) devient un versant de l'ergothérapie qui est de plus en plus privilégié. Le titre et le contenu d'une des publications de référence[24] de l'ANFE le prouvent :

Dans l'éditorial de la publication B. Coste (président de l'ANFE) fait le point sur « l'ergothérapie aujourd'hui » :

[24] Dans le cadre de la promotion de l'ergothérapie, l'ANFE publie des revues ou des plaquettes qui ont pour vocation de décrire la profession. La parution de cette revue date de 1986, le titre est : « Autonomie-Ergothérapie ».

« L'ergothérapie est une discipline de réadaptation de l'individu présentant un handicap, somatique ou psychique, en vue de son maintien ou de son accession à un maximum d'autonomie dans son environnement (familial, social, professionnel, mais aussi mobilier, immobilier et urbain).

Dans le cadre de la mise en situation d'activité et de travail proches de la vie quotidienne :

- l'ergothérapeute rééduque (...)

- L'ergothérapeute réadapte (...)

- L'ergothérapeute conseille (...). »

Dans un premier temps, l'auteur met au centre de la démarche ergothérapique la réadaptation et l'autonomie. Il n'oublie toutefois pas la rééducation qui arrive plutôt en « amont » de la thérapie. Les activités de conseil sont un aspect plus neuf de la profession. Pour les aspects qui relèvent du conseil B. Coste précise :

« L'ergothérapeute conseille l'individu handicapé, son entourage mais aussi les entreprises, les collectivités locales, et les différents promoteurs de l'environnement en proposant des solutions pratiques pour favoriser l'intégration de la personne et un environnement accessible au plus grand nombre. »

L'activité de conseil ne relève-t-elle pas de compétences nouvelles chez l'ergothérapeute qui se rajoutent à des qualifications initiales ? En effet, l'ergothérapie ne trouve-t-elle pas un nouveau champ d'application dans le maintien et le retour à domicile par exemple ?

Dans une autre publication de l'ANFE à destination du « grand public » l'ergothérapie est ainsi décrite :

« - L'ergothérapeute évalue c'est-à-dire fait des bilans des déficiences et des incapacités et désavantages (l'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel du handicap, le désavantage à l'aspect situationnel du handicap).

- L'ergothérapeute rééduque et réadapte c'est-à-dire traite les déficiences par rééducation motrice, par l'activité. Il participe à la réinsertion tant dans le milieu familier (retour à domicile ou maintien à domicile) que dans le milieu professionnel par des conseils, des aides techniques, des aménagements mobiliers, architecturaux, urbains.

- Il intervient en psychiatrie pour faire des bilans et a pour objectif de développer les facultés d'adaptation du patient, son autonomie (...) par des activités ludiques, corporelles.

- *Il opère dans de nouveaux domaines comme l'expertise où il peut être appelé par des compagnies d'assurance pour évaluer un préjudice ou comme la formation pour sensibiliser au concept d'autonomie.*[25] »

Ce texte comporte des précisions sur la nature des conseils puisqu'il insiste un peu plus sur l'environnement familial du patient et donc nécessairement sur son cadre de vie habituel. « Le bilan » est indubitablement un préalable obligatoire avant de formuler un conseil. Le degré de spécialisation de l'ergothérapeute dans certains domaines peut l'amener à se déclarer « expert ». Les auteurs du texte le prétendent : de nouveaux domaines s'ouvrent aux ergothérapeutes. A eux de mobiliser leur savoir et leur savoir-faire pour s'imposer en tant que « spécialiste de la rééducation et de la réadaptation » et en tant que « professionnel de terrain ». Entre le savoir (les connaissances strictes et apprises) et le savoir-faire (expérience) l'ergothérapeute a de nombreuses possibilités d'intervention. Ces dernières sont-elles reprises dans le décret d'actes du 21 novembre 1986 réclamé et souhaité depuis des années par les ergothérapeutes et leur instance représentative l'ANFE ?

2.5. Une approche plus officielle des pratiques en ergothérapie à travers le décret d'actes et l'inscription au Code de la Santé publique

L'intérêt du décret d'actes est de fixer un cadre juridique et donc légal aux pratiques ergothérapiques. Le décret d'actes énonce les « bonnes pratiques » à accomplir par l'ergothérapeute. En l'occurrence il fixe « les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie ».

Extrait de l'article 1 :

« *Les ergothérapeutes contribuent aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.*[26] »

Cet extrait, comme la totalité du décret d'ailleurs, est assimilable à une délimitation des actes thérapeutiques à accomplir, mais est-il assez précis dans sa formulation pour couvrir tous les champs d'intervention susceptibles d'être assurés par l'ergothérapeute ? S'il

---

[25] Publication de l'ANFE, Profession « ergothérapie », Objectif : autonomie et intégration, Paris, 1992.
[26] Décret N°86-1195, Journal Officiel de la République française.

mentionne (plus loin) que l'ergothérapeute est habilité « à faire des bilans neurologiques, à appliquer des appareillages et des aides techniques appropriés à l'ergothérapie, à organiser des activités d'artisanat, de jeu, d'expression de la vie quotidienne, (...)» il ne précise pas le rôle de l'ergothérapeute dans le cadre du maintien ou du retour à domicile du patient, par exemple. Il insiste pourtant sur la rééducation et sur la réadaptation-réinsertion qui est un domaine où l'ergothérapeute se sent particulièrement impliqué. Bref, le décret d'actes serait-il assez flou pour donner à l'ergothérapeute des latitudes d'actions et pas assez complet pour inciter celui-ci à se cantonner dans un rôle spécifique ? En tout cas il est plus limitatif dans son approche de l'ergothérapie que la définition de l'ANFE par exemple. Mais pour l'ANFE ce décret est un progrès notable dans la reconnaissance de la qualification des ergothérapeutes parce qu'avant 1986 les textes législatifs qui régissaient la profession d'ergothérapeute étaient relativement vagues et incomplets. De plus, il reprend une des idées maîtresses de l'ergothérapie à savoir l'autonomie. En somme la relation rééducation - réadaptation - autonomie que nous évoquions plus haut est bien présente dans ce décret d'actes. Il indique que l'action de l'ergothérapeute ne se limite pas à aider à recouvrer l'autonomie individuelle mais qu'elle doit tâcher de participer à l'acquisition de « l'autonomie individuelle, sociale et professionnelle » du patient. Mais, faire en sorte qu'un patient retrouve l'autonomie signifie que l'ergothérapeute est amené à travailler avec d'autres professionnels issus de disciplines aussi variées que l'infirmerie, la kinésithérapie, la psychologie, la psychomotricité, le travail social, l'orthophonie, l'ergonomie, les techniciens du bâtiment, etc.

L'autonomie est un concept assez vaste pour impliquer bon nombre de professions. S'engager sur cette voie nécessite de mobiliser des compétences spécifiques mais suppose aussi d'accepter l'avis d'autres professionnels intéressés par cette question. L'ANFE en tant qu'instance représentative l'a bien compris, elle s'attache à montrer les nombreux domaines où l'ergothérapeute intervient pour améliorer l'autonomie[27] du patient:

« - *Ergothérapie et handicap visuel*
- *L'ergothérapie auprès de l'enfance inadaptée*
- *L'ergothérapie en institution psychiatrique*
- *L'ergothérapie en gériatrie*
- *L'ergothérapie auprès des grands brûlés*
- *L'ergothérapie dans un centre de maintien à domicile pour personnes âgées*

[27] Publication de l'ANFE de 1986, opus cit. Nous reprenons les titres des articles de présentation.

- *L'ergothérapeute dans une entreprise de vente de matériel spécialisé pour personnes handicapées*
- *L'ergothérapeute, technicien de la réadaptation dans une entreprise commerciale*
- *L'ergothérapeute au sein d'une collectivité locale. »*

Cette liste fait mention des nombreux domaines d'intervention qui intéressent les ergothérapeutes. Elle souligne concrètement un certain nombre de compétences sans ignorer que d'autres professions paramédicales sont à même d'œuvrer dans les mêmes domaines. L'autonomie est indissociable comme nous l'avons déjà montré de la rééducation-réadaptation mais aussi de l'intégration et de l'insertion. Dans le processus d'intégration les domaines de collaboration avec d'autres professions ne manquent pas. Le cas du retour à domicile d'une personne âgée après un séjour à l'hôpital exige l'engagement de plusieurs professions complémentaires dans leurs compétences, il s'agit par exemple du médecin traitant, de l'infirmier[28], du kinésithérapeute, de l'assistant social, de l'auxiliaire de vie, de l'ergothérapeute, en n'oubliant pas le rôle de la famille. Peut-être serait-il nécessaire de compléter le décret d'actes sur cet aspect de l'autonomie qu'est le retour à domicile ?

Depuis la parution du décret d'actes en 1986, le cadre légal de la profession se précise avec le décret du 4 février 1995 relatif à l'inscription de l'ergothérapeute au Code de la Santé publique :

« Est considéré comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui, non titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale.

Peuvent seuls exercer la profession d'ergothérapeute et porter le titre d'ergothérapeute, accompagné ou non d'un qualificatif :

1° Les titulaires du diplôme d'Etat français d'ergothérapeute ;

2° Dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et dans les services psychiatriques des établissements publics de santé, les infirmiers et infirmières intégrés avant le 11 avril 1983 dans un emploi d'ergothérapeute (...).[29] »

Ce décret a pour avantage de compléter le précédent sur la question de la pratique illégale de la profession d'ergothérapeute. Il conditionne la pratique de l'ergothérapie à la l'obtention du diplôme d'Etat. Des formes de dérogations sont possibles pour celles et ceux

[28] Nous mentionnons ces professions au masculin malgré leur forte féminisation.
[29] Loi N°95-116, article L 504 – 6 du Code de la Santé publique.

qui ont fait fonction d'ergothérapeute sans en avoir le titre, par exemple les infirmiers. Le décret mentionne bien que l'ergothérapeute détient des compétences mais reste sous la tutelle des médecins qui eux ont le monopole de la prescription ; il est bien précisé que les ergothérapeutes sont sous la dépendance du médecin qui seul est habilité à prescrire des séances d'ergothérapie.

3. UNE PROFESSION EN EVOLUTION

En définitive, l'ergothérapie n'a-t-elle pas gagné en reconnaissance déjà d'un point de vue juridique ? Parfois dénigré pour son côté « bricoleur » (selon les dires d'un ergothérapeute), elle a pourtant su obtenir au fil du temps des marques de reconnaissance. Même si l'ergothérapie reste associée à « occupation » au sens anglo-américain (elle ne répond pas à des caractéristiques suffisantes pour être déclarée comme « profession »), cette dénomination correspond-t-elle à une attribution définitive d'une position dans un espace professionnel ? La position de l'ergothérapie compte tenu des critères de recrutement, de formation, de qualification est-elle susceptible d'évoluer ?

3.1. Une profession qui se situe entre le médical et le social

En cela, la question de l'autonomie chez les ergothérapeutes est à nouveau posée. Ne représente-t-elle pas à la fois un but thérapeutique et un but professionnel ? Ce concept d'autonomie et d'autres qui lui sont liés s'inscrivent au cœur de la problématique en ergothérapie, ils sont le fil conducteur des projets d'action de beaucoup d'ergothérapeutes dans la recherche, dans la pratique au quotidien, dans les revendications professionnelles tout simplement. A quoi le voyons-nous ?

Des éléments de réponse issus de l'enquête sont révélateurs des points de vue qu'entretiennent les ergothérapeutes sur « l'avenir » de leur profession[30]. Pourquoi la profession d'ergothérapeute a-t-elle un avenir ? La profession d'ergothérapeute a un avenir parce que :

[30] Rappel : il s'agit de la question 34 elle est libellée ainsi : *« D'une manière générale comment voyez-vous l'avenir de l'ergothérapie ? »* Nous avons répertorié quelques expressions sans entrer dans une analyse de contenu stricte, sans réaliser une approche fréquentielle des réponses.

« - *Les interventions sont très diverses*

- *Profession sans cesse à réinventer*
- *Notre vision des choses est très caractéristique*
- *De nouveaux domaines s'ouvrent aux ergothérapeutes*
- *C'est une « nouvelle » profession*
- *Profession qui contient plein de richesses*
- *Beaucoup de perspectives et de nouvelles orientations. »*

Ces quelques réponses apportent des confirmations sur la capacité de cette profession à évoluer, à prendre en compte les tendances nouvelles en matière de soins. Beaucoup d'ergothérapeutes prévoient une augmentation des besoins en ergothérapie notamment dans différents domaines[31] :

« Je pense que l'ergothérapie va se développer car les besoins évoluent, en matière de retour à domicile, de réinsertion socioprofessionnelle, de prévention chez les personnes âgées, de maintien à domicile et l'amélioration de la qualité de vie à domicile.

Je pense (et j'espère) donc que des postes vont se créer dans ces secteurs et que la profession sera progressivement mieux connue des autres soignants et du grand public. »

(Femme, 23 ans, 2 ans d'ancienneté)

« Evolution prononcée vers le retour au domicile ou lieu de vie sociale à condition que la profession soit reconnue. L'ergothérapie a un rôle à jouer dans l'évolution de la culture en faveur de la prise en charge des personnes handicapées, âgées ou en difficulté. »

(Femme, 38 ans, 10 ans d'ancienneté)

« Une intégration dans les services de soins à domicile, la possibilité d'avoir une activité libérale, l'intégration dans les services administratifs de santé. »

(Femme, 50 ans , 25 ans d'ancienneté)

« J'aimerais que les villes fassent davantage appel aux ergothérapeutes pour l'aménagement et l'accessibilité des espaces publics.

Une reconnaissance en libéral pour permettre aux particuliers de bénéficier des conseils d'hygiène de vie, d'aménagement du logement et d'adaptation lorsqu'une personne est confrontée au handicap. Une reconnaissance du milieu médical. »

(Femme, 28 ans, 7 ans d'ancienneté)

L'ouverture vers d'autres orientations est manifeste pour l'ergothérapie. Cet objectif sous-jacent qu'est l'autonomie amène les ergothérapeutes interrogés à s'avancer sur le terrain

[31] Nous proposons quelques réponses complètes à ce sujet.

nécessairement connu de la réadaptation mais aussi à se rapprocher de la sphère du social. Les deux sont liés. Des termes ou expressions faisant référence à ces deux aspects apparaissent clairement dans les déclarations citées précédemment.

Tableau 3 : L'ergothérapie entre le médical et le social, d'après quelques réponses formulées par les ergothérapeutes

MEDICAL	SOCIAL
- Prévention chez les personnes âgées - Prise en charge des personnes handicapées - Conseil d'hygiène de vie	- Réinsertion socioprofessionnelle - Amélioration de la qualité de vie - Aménager le domicile, lieu de vie sociale

La réadaptation exige des ergothérapeutes de penser « aménagement », « réinsertion »... Si les ergothérapeutes vont au bout de leur démarche sur l'autonomie peuvent-ils jouer un rôle particulier entre le « paramédical » et le « social » ? Laissons un ergothérapeute s'exprimer à ce sujet toujours en réponse à la question 34 :

« Profession en nécessaire développement tant du point de vue de la formation que des besoins. L'ergothérapeute de par sa spécificité est une interface particulièrement utile entre le monde de la santé et du social. »

(Femme, 46 ans, 22 ans d'ancienneté)

Ce témoignage rejoint bien les autres en soulignant la position spécifique que peut occuper l'ergothérapeute. Aussi, les ergothérapeutes ne réclament-ils pas plus de reconnaissance tant des services médicaux, tant des instances administratives que du public parce qu'ils ont justement une spécificité professionnelle à mettre en application ? Il est intéressant maintenant de se rendre compte de la manière dont les ergothérapeutes estiment comment les autres agents perçoivent la profession d'ergothérapeute (tableau 4)[32] :

[32] Ces résultats relèvent de la question 21 (ergothérapeutes en exercice) : *« Pensez-vous que la profession d'ergothérapeute est connue... »*

Tableau 4 : La connaissance de la profession d'ergothérapeute (en %)
(ergothérapeutes en exercice)

	Plutôt OUI	Plutôt NON	NSP
Du grand public	0.7	98.9	0.4
Des médecins	28.9	68.2	2.9
Des autres professions paramédicales	55.7	42.8	1.5
De l'administration	20.6	70.3	9.1

Source : Enquête Ergothérapeutes – Mars 2000

Les ergothérapeutes conviennent qu'ils ne sont plutôt pas connus du public (98.9 %), de l'administration (70.3 %) et, plus surprenant, des médecins (68.2 %). Ces derniers sont ceux-là même qui prescrivent des séances d'ergothérapie au sein de l'institution hospitalière notamment. L'ergothérapeute ne peut pas exercer son art si le médecin ignore l'existence ou l'utilité de la pratique de l'ergothérapie. Une situation qui s'accentue dès lors que le public se situe dans la même position d'ignorance. Quant aux autres professions paramédicales, les opinions des ergothérapeutes interrogés sont plus partagées : l'appartenance à un même milieu professionnel, la participation à un cursus post-baccalauréat à peu près identique, le travail en équipe paramédicale rapprochent ces mêmes professions. S'agissant de l'administration, les ergothérapeutes partagent largement un certain scepticisme. Le développement de l'ergothérapie dépend en grande partie aussi des moyens alloués par l'administration, le recul du nombre de création de postes d'ergothérapeutes jusqu'à ces dernières années ne témoigne-t-il pas qu'elle se fixe d'autres priorités ?

Par contre les étudiants se montrent plus optimistes quant à la connaissance de la profession par les différents agents[33] (tableau 5). Ils sont quasiment unanimes pour affirmer que les ergothérapeutes ne sont pas du tout connus du public. Ils ont un regard sur les représentations collectives relativement clair. Confrontés au public dans le quotidien (amis, connaissances, patients lors de stages), ils constatent que l'ergothérapeute n'est pas une profession connue à l'identique de la profession d'infirmier ou de celle de kinésithérapeute pour citer des professions paramédicales bénéficiant d'une densité par habitant plus grande.

[33] Ces résultats relèvent de la question 17 (questionnaire des étudiants) : *« Pensez-vous que la profession d'ergothérapeute est connue... »*

Par contre, les étudiants sont assez persuadés que les médecins et les autres professions paramédicales connaissent la profession d'ergothérapeute (respectivement 56.9 % et 67.8%).

Tableau 5 : La connaissance de la profession d'ergothérapeute (en %)
(étudiants)

	Plutôt OUI	Plutôt NON	NSP
Du grand public	0.5	99	0.5
Des médecins	56.9	39.1	8.3
Des autres professions paramédicales	67.8	23.9	8.3
De l'administration	39	38.5	22.5

Source : Enquête Ergothérapeutes – Mars 2000

Vis-à-vis de l'administration le doute est de mise car seuls près d'un tiers des étudiants (39 %) pense que l'ergothérapie est plutôt connue de celle-ci, un pourcentage équivalent (38.5 %) admet le contraire et 22.5 % ne sait pas. Si l'on ajoute ce dernier pourcentage au précédent, ce sont 61 % (22.5 + 38.5) des étudiants qui considèrent que l'administration est plus ou moins éloignée des préoccupations des ergothérapeutes. En définitive, les étudiants ont le sentiment, comme les ergothérapeutes en exercice, que la connaissance de leur profession dépend de la « distance » qui les séparent avec les autres agents. Les représentations des ergothérapeutes sont largement conditionnées par tout un ensemble d'informations glanées au quotidien dans les rencontres, les consultations diverses, le travail au quotidien. En tout cas les expériences au travail influencent les représentations des étudiants au même titre que celles des ergothérapeutes en exercice sur l'état de l'ergothérapie.

3.2. Les freins à l'évolution de la profession

De par son histoire, de par les différentes prises de position des ergothérapeutes et de leurs représentants nous constatons que cette profession est en constante évolution. Dans quel sens évolue-t-elle ? Afin d'être le plus complet possible dans la délimitation que donnent les ergothérapeutes de leur profession, il est important de reprendre leurs réponses sur « les aspects de la profession qui leur paraissent les moins intéressants[34] ». Les réponses à cette

[34] C'est la question 33 (question ouverte) qui vient en complément de la question 32 sur les aspects intéressants de l'ergothérapie. Elle est traitée également sous la forme d'une analyse de contenu.

question nous amènent à nouveau à nous intéresser au contenu de la profession d'ergothérapeute[35]. Parmi les aspects les « moins intéressants » qui apparaissent le plus fréquemment :

Fréquence d'apparition des termes ou expressions (par ordre décroissant)

- *Le manque de reconnaissance (45)*
- *La méconnaissance de la profession (43)*
- *Ergothérapie cloisonnée dans la rééducation et non à la réadaptation (32)*
- *La psychiatrie (24)*
- *Les lourdeurs administratives (24)*
- *Difficultés à travailler en institution (23)*
- *Image (stéréotypée) de « l'occupationnel » (17)*
- *Le manque de moyens (15)*
- *Difficultés à s'installer en libéral (14)*
- *La pénurie d'offres d'emplois (8)*
- *Faible rémunération (7)*
- *Difficultés à se faire connaître (7)*
- *Pas de possibilités d'évolution (11)*
- *La gérontologie (3)*

Ces quelques réponses nous donnent suffisamment d'informations pour mesurer les difficultés qu'éprouvent les ergothérapeutes dans leur vie professionnelle. Nous disons vie professionnelle pour bien la distinguer de la vie au travail. En effet, les résultats enregistrés posent moins la question des conditions de travail que de la position de l'ergothérapeute (ou de l'ergothérapie) dans l'espace des professions paramédicales. Leur traitement par « caractéristique principale » (tableau 6) restitue encore plus cette tendance. L'ergothérapeute interrogé situe l'ergothérapie dans un ensemble qui va au-delà du cadre strict de son lieu de travail. Ces réponses décrivent un « état des lieux » mais elles sonnent aussi comme autant d'interpellations voire de revendications :

[35] Devant la multiplication des réponses il nous a été plus difficile de partir sur une analyse fréquentielle des données. Néanmoins nous rapportons dans un premier temps les réponses qui apparaissent le plus souvent. Ensuite, nous avons regroupé les réponses par grande « famille » (« caractéristique principale »).

Tableau 6 : Fréquence d'apparition des termes ou expressions par « caractéristique principale »

1 - Les domaines d'intervention	2 - Perspectives de carrière	3 - Représentation négative de la profession	4 -Diverses difficultés
-Ergothérapie cloisonnée dans la rééducation et non à la réadaptation (32) - La psychiatrie (27) - La gérontologie (3)	- Le manque de moyens (15) - Difficultés à s'installer en libéral (14) -Pas de possibilités d'évolution (11)	-Le manque de reconnaissance (45) - La méconnaissance de la profession (43) -Image (stéréotypée) de « l'occupationnel » (17) -Difficultés à se faire connaître (7) - Faible rémunération (7)	- Difficultés à travailler en institution (23) -Les lourdeurs administratives (24) -La pénurie d'offres d'emplois (8)

Ces réponses sont révélatrices des difficultés de l'ergothérapie à trouver sa place en tant que discipline paramédicale notamment dans certains domaines d'intervention comme la gérontologie ou la psychiatrie :

« Dans les services de psychiatrie, on doit sans arrêt répéter qu'on n'est pas là pour occuper les gens mais pour les soigner. »

(Femme, 23 ans, 2ans d'ancienneté)

Les ergothérapeutes rapportent dans leurs réponses des représentations de leur profession telles qu'elles sont entretenues dans « l'imaginaire » des collègues de travail :

« Le côté « bricoleur » que l'on nous affuble, même s'il est vrai que dans l'ensemble les professionnels sont plutôt doués sur le plan manuel. Le terme « bricolothérapeute » que l'on retrouve dans la bouche d'autres professionnels nous met en position de « sous-thérapeute. »

(Femme, 31 ans, 8 ans d'ancienneté)

Certains ergothérapeutes voient dans l'attribution de ces diverses étiquettes comme la conséquence d'un « manque de connaissance » ou de « reconnaissance » de leur métier. De là des difficultés pour beaucoup d'ergothérapeutes à se faire admettre en tant que thérapeute à part entière. A la suite se conjuguent d'autres difficultés et contraintes notamment le rôle limité dans lequel est souvent cantonnée l'ergothérapie au sein de l'institution hospitalière par exemple. Les moyens alloués à des ergothérapeutes dans un service de rééducation ne sont-ils pas directement liés à l'utilité thérapeutique qu'on leur accorde ? L'administration ne fait pas

preuve en général de la meilleure bienveillance eu égard au nombre de postes d'ergothérapeutes mis en création. Le fait que beaucoup d'ergothérapeutes réclament un statut de libéral n'est-ce pas un moyen pour eux de quitter l'institution pour qu'enfin ils puissent démontrer leurs potentialités dans de plus justes proportions ? « Enfermé » dans l'institution, l'ergothérapeute connaît non seulement les difficultés « ordinaires » (« lourdeurs administratives », « faible rémunération », « pénurie d'offres d'emplois ») mais il s'expose à des contraintes plus spécifiques associées à la faible connaissance de la profession. De plus, l'éparpillement des champs d'intervention de l'ergothérapeute qui apparaît au départ comme un avantage ne débouche-t-il pas sur un inconvénient synonyme d'éparpillement des compétences ? Certains ergothérapeutes parlent de trop « forte dispersion des profils » au sein de la profession. Autant la polyvalence est une richesse en élargissant les champs d'intervention, autant elle peut remettre en cause une certaine spécialisation qui semble être à la base d'une plus importante reconnaissance. Les moyens financiers distribués dans un service, le nombre de création de postes d'ergothérapeutes dans différents établissements voire le niveau des salaires sont-ils conditionnés à cette reconnaissance ? Nous proposons une approche schématique de la question :

Polyvalence

↓

Nombreux domaines d'intervention

↓

Difficultés à se faire reconnaître

↓

Peu de moyens alloués ?

Peu de postes offerts ?

Spécialisation

↓

Domaines d'intervention limités

↓

Meilleure reconnaissance

↓

Plus de moyens alloués ?

Plus de postes offerts ?

Cette dernière hypothèse est contredite en partie par d'autres arguments. Par exemple, une trop forte spécialisation dans le domaine de la rééducation ne risque-t-elle pas d'entraîner une confusion des compétences entre les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes et par la même une perte de reconnaissance ? La question n'est pas tranchée. A un autre niveau, dans une équipe pluridisciplinaire (structure de soins de plus en plus courante), l'ergothérapeute n'est-il pas obligé de mettre en avant des compétences propres afin de démontrer la complémentarité de sa discipline avec les autres professions dans les approches d'une pathologie ? L'ergothérapeute, comme tout salarié, doit aussi faire preuve d'adaptabilité dans les différents services dans lesquels il est amené à travailler.

Les étudiants en ergothérapie ont aussi leur avis sur ces questions[36]. Parmi les aspects les moins intéressants de la profession :

Fréquence d'apparition des termes ou expressions (par ordre décroissant)

- *Les lourdeurs administratives (24)*
- *La rééducation (analytique ou pure) (21)*
- *Les difficultés à travailler en libéral (12)*
- *La psychiatrie (10)*
- *Bilan, évaluation, cotation des actes (9)*
- *La traumatologie (7)*
- *Profession pas assez connue (8)*
- *Le manque de considération vis à vis de la profession (4)*
- *Peu de créations de postes (4)*

L'orientation des réponses est plus ou moins la même que celle des ergothérapeutes en exercice. Nous pouvons dégager une nouvelle fois quatre « caractéristiques principales ». Nous proposons donc un découpage des réponses, identique à celui réalisé avec les ergothérapeutes en exercice (tableau 7) :

[36] Réponse à la question 16 qui est libellée de la même manière que la question 33 adressée aux ergothérapeutes en exercice concernant les « aspects les moins intéressants » de l'ergothérapie. Nous avons également procédé par analyse de contenu. Le nombre de réponses indiqué entre parenthèses est relativement faible compte tenu de l'échantillon, cela s'explique aussi par un certain nombre de non-réponses et par la grande diversité des réponses.

Tableau 7 : Fréquence d'apparition des termes ou expressions par « caractéristique principale »

1 - Les domaines d'intervention	2 -Perspectives de carrière	3 - Représentation négative de la profession	4 -Diverses difficultés
-La rééducation (analytique ou pure) (21) -La psychiatrie (10) -La traumatologie (7)	-Les difficultés à travailler en libéral (12)	-Profession pas assez connue (8) -Le manque de considération vis à vis de la profession (4)	-Les lourdeurs administratives (24) -Bilan, évaluation, cotation des actes (9) -Peu de créations de postes (4)

Les étudiants se soucient autant des difficultés de la profession dans divers domaines d'intervention que des perspectives de carrière, du manque d'image de la profession et d'autres difficultés liées aux contraintes administratives. En somme, ils se posent les mêmes questions que les ergothérapeutes en exercice mais à des degrés différents notamment dans les perspectives de carrière. Cette attitude est normale parce que les étudiants sont moins impliqués dans des questions de carrière que les ergothérapeutes. Cependant le thème du statut de libéral est récurrent même chez les étudiants. Une concordance des points de vue éclate également sur le sujet de la reconnaissance ou de la non reconnaissance de la profession. Dès les stages professionnels, les étudiants sont confrontés à cette réalité :

« Méconnaissance et non reconnaissance de notre métier même auprès des autres rééducateurs ce qui engendre une mauvaise « utilisation » de nos compétences auprès des personnes handicapées. »

(Femme, 21 ans, 2° année, Berck sur Mer)

Cette déclaration illustre bien nos remarques à propos des ergothérapeutes en exercice, le manque de reconnaissance freine les ergothérapeutes dans la pratique de leur discipline. Méconnaître le contenu de la discipline (d'un point de vue technique) obère les chances pour une profession de se faire reconnaître (officiellement, institutionnellement). A ce stade, il faut s'interroger sur la capacité des ergothérapeutes à mieux se faire connaître dans leur spécificité professionnelle par rapport aux autres professions paramédicales et médicales et donc à terme à mieux se faire reconnaître.

Mieux cerner les caractéristiques de la profession d'ergothérapeute nous amène à interroger les ergothérapeutes sur leurs représentations de l'ergothérapie qui ne rejoignent pas toujours les définitions à caractère officiel des dictionnaires, les modèles théoriques issus de différents courants en ergothérapie ou encore le contenu du décret d'actes. C'est bien dans cette confrontation entre les représentations des ergothérapeutes d'un côté et les prises de position officielles de l'autre que se joue la reconnaissance de l'ergothérapie et par conséquent de l'ergothérapeute. Il ressort des réponses des ergothérapeutes un discours dominant sur la future place du soigné dans la prise en charge thérapeutique, dès lors l'ergothérapeute se situe dans une démarche qui invite à s'ouvrir sur des champs de compétence nouveaux qui ne se limitent pas à la stricte rééducation par l'activité.

CHAPITRE III

LA QUESTION DES FRONTIERES DES COMPETENCES

Les deux précédents chapitres nous ont confirmé la difficulté de définir une profession et en particulier la profession d'ergothérapeute. En effet il existe plusieurs lectures possibles de l'ergothérapie, celle que nous avons privilégiée émane des ergothérapeutes eux-mêmes. La perception de l'ergothérapie par les ergothérapeutes s'attache à souligner la diversité des domaines d'intervention en comparaison avec la définition officielle de l'ergothérapie qui elle recadre les compétences des ergothérapeutes dans des limites plus strictes du décret d'actes. Mais il semble que les ergothérapeutes veulent aller plus loin dans la démonstration de leurs compétences que ce que le décret d'actes leur dicte. La question des frontières des compétences avec d'autres professions est ainsi posée avec acuité dans différents domaines.

1. LES COMPETENCES DES ERGOTHERAPEUTES EN REEDUCATION

Pour bien mesurer ces rapports avec d'autres professions, il nous a paru important de confronter les domaines de compétences à partir de champs d'intervention thérapeutique

différents[1]. La question de la place de l'ergothérapie est une constante dans l'histoire de cette profession. Beaucoup d'articles d'ergothérapeutes posent souvent la question du rôle de l'ergothérapeute confronté à telle ou telle pathologie. Alors que l'ergothérapeute a acquis une qualification au bout de trois années passées à l'école de formation en ergothérapie le doute peut s'emparer de lui dès qu'il est confronté à la réalité du terrain non pas strictement par rapport à ses propres compétences mais en relation avec les représentations élaborées par les collègues de travail (kinésithérapeute, psychomotricien, par exemple) sur ses compétences.

1.1. L'ergothérapie face à la kinésithérapie et à la psychomotricité

Face à la kinésithérapie

La jeunesse de la profession d'ergothérapeute pousse médecins et ergothérapeutes à s'engager dans la rédaction d'ouvrages de clarification. L'histoire de l'ergothérapie nous montre combien les médecins associés aux ergothérapeutes jouent un rôle pionnier dans la promotion de cette discipline. Cette volonté ne se manifeste-t-elle pas, par exemple, dans la publication d'un ouvrage relativement récent dont le but est bien de clarifier les pratiques thérapeutiques propres à l'ergothérapie ?

« Les ergothérapeutes ont voulu, en écrivant cet ouvrage, faire une mise au point, marquer une étape avant d'aller plus loin. Il convenait que l'ergothérapie, dernière arrivée dans le domaine de la thérapeutique fonctionnelle, encore trop souvent ignorée ou délaissée, soit à nouveau définie, que ses buts et ses limites soient rappelés, afin que sa place soit déterminée et reconnue. Il était utile de traiter avec quelque détail de ses pratiques au cours des principales affections rencontrées afin de dégager une méthode de traitement adaptée au handicap et à la personnalité du handicapé.[2] »

La finalité de cet ouvrage apparaît bien dans cet extrait : il est de clarifier les domaines d'intervention de l'ergothérapeute tout en précisant aussi que la place de la discipline dans le champ des professions paramédicales en dépend.

Spécialisé dans la rééducation, dans un premier temps, l'ergothérapeute est souvent sollicité pour un « déficit des fonctions motrices chez le patient ». En somme, un patient a des difficultés pour exécuter un mouvement:

---

[1] A ce titre nous prenons appui sur des écrits d'ergothérapeutes ou d'autres professionnels paramédicaux ou médicaux, ainsi que sur les réponses au questionnaire soumis aux ergothérapeutes dans le cadre de notre enquête.

[2] L. Pierquin, J.M. André, P. Farcy, Ergothérapie, Paris, Masson, 1980, p. VII.
Cet extrait apparaît dans l'avant-propos du livre, il est signé par L. Pierquin, professeur de réadaptation à la faculté de médecine de Nancy.

« Dans ce cas la kinésithérapie reste la thérapeutique privilégiée du mouvement anormal. Si, l'ergothérapie veut à son tour et complémentairement, améliorer une insuffisance de force ou d'amplitude, elle utilise un moyen inadapté au but à atteindre. N'utilise-t-elle pas pour ce faire un travail ou une occupation modifiée dans ses modalités ? L'activité prescrite n'a pas une action comparable à celle de la kinésithérapie, plus simple et plus directe. L'ergothérapie ne saurait être une kinésithérapie déguisée.[3] »

Les auteurs distinguent assez nettement ce qui relève de l'ergothérapie et ce qui touche à la kinésithérapie dans la rééducation du geste par exemple. En matière de rééducation fonctionnelle, si le but à atteindre est toujours la « récupération partielle ou totale de la motricité », les démarches thérapeutiques d'un ergothérapeute et d'un kinésithérapeute, s'agissant d'une même pathologie, ne sont pas tout à fait les mêmes. Sur une pathologie précise qu'est-ce qui différencie et rassemble, en terme de compétence, l'ergothérapeute du kinésithérapeute ?

Pour l'ergothérapeute, le choix d'une activité, comme intermédiaire de la rééducation, est une spécificité propre tandis que le kinésithérapeute « agit directement » sur les causes cliniques de la déficience par des massages. Une des particularités de l'ergothérapie, aussi, est de pouvoir utiliser des attelles et au-delà des aides techniques pour « compenser » le handicap. Dès lors que les démarches et les moyens de traitement de la pathologie entre les deux professions sont différents, la complémentarité est ainsi assurée. Mais n'est-ce pas dans la prise en considération du critère d'utilité qu'une démarche thérapeutique sera plutôt privilégiée qu'une autre ? Quels sont les critères de choix d'un chef de service en rééducation dans un hôpital, par exemple, à vouloir plutôt privilégier la kinésithérapie au détriment de l'ergothérapie ou inversement ?

Il est vrai que dans le domaine de la rééducation fonctionnelle la kinésithérapie est bien présente, les ergothérapeutes en exercice et les étudiants acceptent volontiers cet état de fait jusqu'à considérer, pour certains, que ce type d'intervention comme peu représentatif des qualifications propres de l'ergothérapeute. D'ailleurs le décret d'actes des masseurs-kinésithérapeutes contient des articles dont la teneur révèle des compétences proches des ergothérapeutes. Extraits du décret du 8.10.1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute :

« Article 1 : La masso-kiné consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir

---

[3] Ibid, p.4.

l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer (...).

Article 2 : Dans l'exercice de son activité, le masseur kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient à tous les âges de la vie (...).

Article 6 : Le masseur-kiné est aussi habilité à effectuer des bilans kinésithérapiques (...) ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance (...).

Article 12 : Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à des bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique.[4] »

Il apparaît ici que le ministère de la Santé reconnaît qu'en matière de rééducation le masseur-kinésithérapeute a un rôle important à jouer et que, de par sa formation, il est capable de réaliser un certain nombre d'actes professionnels proches de ceux des ergothérapeutes surtout en matière de rééducation. Outre ce risque de confusion des compétences dans le domaine de la rééducation avec l'ergothérapeute, le kinésithérapeute est invité à poursuivre des recherches en ergonomie, activité qui intéresse tout autant les ergothérapeutes.

Face à la psychomotricité

Si nous nous attardons à une autre profession paramédicale tel que le psychomotricien nous nous rendons compte que ses pratiques thérapeutiques en matière de rééducation se rapprochent aussi de l'ergothérapie. Un extrait du décret d'actes le confirme :

« Les psychomotriciens sont habilités à faire des bilans psychomoteurs (...), à rééduquer des troubles ou des désordres psychomoteurs au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination (...).[5] »

Là encore, l'accent est mis sur des pratiques de rééducation qui ressemblent à celles développées par les ergothérapeutes. Selon la pathologie, l'intervention de plusieurs disciplines thérapeutiques, dont l'ergothérapie et la psychomotricité, est nécessaire. Ces disciplines se retrouvent donc autour d'un même objectif qui est, par exemple, la réduction des handicaps moteurs. Les possibilités de « chevauchement » des compétences sont à nouveau possibles puisqu'il s'agit de pratiques rééducatives. Les décrets d'actes laissent-ils encore à chacune des professions des latitudes d'intervenir ? N'appartient-il pas aux médecins

[4] Décret N°96-879, Journal Officiel de la République française.
[5] Décret N°88-659, Journal Officiel de la République française.

et aux différentes professions paramédicales d'apprécier alors, sur le terrain, les modalités d'intervention, en passant par la concertation par exemple ?

Ces quelques observations sont révélatrices des problèmes de frontières qui peuvent apparaître entre professions de la rééducation. Dans la prise en charge de la pathologie, le médecin prescripteur, et donc coordonnateur, a un rôle important à jouer puisqu'il doit faire preuve d'une excellente connaissance des compétences de chacune des professions paramédicales qui intervient afin de favoriser la complémentarité plutôt que de susciter la concurrence. De même qu'il est souhaitable que les professions paramédicales connaissent leur champ de compétences respectif pour être le plus efficace possible.

1.2. Les ergothérapeutes cherchent à valoriser leurs compétences

Les décrets d'actes des kinésithérapeutes et des psychomotriciens n'insistent pas sur la récupération de l'autonomie du patient en tant que finalité de la thérapie. Sur ce point, les ergothérapeutes ont bien compris qu'ils peuvent développer des compétences sur un registre moins exploré par d'autres professions. En somme, certains ergothérapeutes renonceraient bien à la rééducation pour n'envisager que l'aspect « réadaptation ».

D'ailleurs beaucoup d'écrits d'ergothérapeutes évoquent la question de la place de l'ergothérapie face à telle ou telle pathologie, exemples de titres d'articles[6] :

- *« L'ergothérapeute face à une intégrité corporelle blessée »*
- *« Réveil de comas, apport de l'ergothérapie »*
- *« Place de l'ergothérapie après l'implantation d'une prothèse d'épaule »*
- *« Définition de la place de l'ergothérapeute dans la prise en charge du brûlé »*
- *« Quelle réadaptation et quelle ergothérapie pour les personnes touchées par le VIH ? »*
- *« Retour à domicile et procédure d'indemnisation : Quelle place pour l'ergothérapeute? »*
- *« Place de l'ergothérapie dans la réadaptation du sujet âgé en hospitalisation à domicile »*
- *« Ergothérapie en soins palliatifs »*
- *« La place institutionnelle de l'ergothérapie »*

[6] Ce sont des titres d'articles parus ces dernières années dans les deux principales revues spécialisées en ergothérapie, Journal d'Ergothérapie et Expériences en ergothérapie

Le contenu d'autres articles sont une occasion aussi pour justifier de l'importance de l'ergothérapie pour telle ou telle prise en charge. Des expressions typiques méritent d'être mentionnées :

- *« La place de l'ergothérapie... »*
- *« Le rôle soignant de l'ergothérapeute... »*
- *« Le rôle de l'ergothérapeute... »*
- *« L'intervention ergothérapique consiste à... »*
- *« Moyens de l'ergothérapie... »*
- *« Pourquoi un ergothérapeute à ce poste ? »*
- *« Coût du traitement ergothérapique de la brûlure... »*

La diversité des champs d'intervention amène l'ergothérapeute à s'interroger sur sa capacité à mobiliser des compétences nécessaires pour affronter diverses pathologies ou situations. Face à d'autres professions paramédicales il est important donc de multiplier des articles spécialisés afin de prendre position.

1° extrait : *« L'avenir de l'électronique et de l'informatique en ergothérapie.*[7] *»*

« L'ergothérapie est passionnante par le fait même qu'elle nous permet d'exploiter toutes sortes de métiers dans un but thérapeutique : de ceux de nos ancêtres, la poterie, jusqu'aux techniques de pointe, l'utilisation des produits de synthèse (plastiques...), l'électronique, l'informatique, etc. Pourtant ces deux dernières ne semblent pas s'implanter aussi vite qu'il le faudrait. (...)

Il n'est pas possible de rester indifférent au fait qu'il existe une grande lacune dans notre savoir professionnel, dans ces domaines que sont l'électronique et l'informatique, au point de ne pas pouvoir prendre en considération ce problème, ce sera voir naître dans l'avenir une nouvelle profession para-médicale à vocation électronique-informatique. (...)

Chacun d'entre nous a des compétences qu'il est bon d'utiliser. »

L'auteur de cet article veut montrer que l'électronique est un instrument important dans une conduite thérapeutique autant que d'autres activités manuelles utilisées par l'ergothérapeute. Non seulement l'électronique est un « outil de rééducation » mais aussi un « outil d'autonomie et d'indépendance ». Craignant qu'une profession paramédicale concurrente s'installe sur ce créneau, l'auteur compte sur les aptitudes et l'esprit d'ouverture

---

[7]J.P. Belheur, L'avenir de l'électronique et de l'informatique en ergothérapie, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°1, 1986, p. 17.
J.P. Behleur est moniteur-cadre en ergothérapie.

de ses collègues ergothérapeutes pour s'adapter à de nouvelles pratiques dans l'intérêt du patient et de l'ergothérapie.

2° extrait: *« Place de l'ergothérapie dans la rééducation et la réadaptation après lésion de la coiffe des rotateurs.* [8] »*

* Muscles situés autour de l'épaule

« Les buts de la rééducation sont multiples en cas de la rupture de la coiffe des rotateurs : soulager, développer les suppléances, restaurer le mouvement dans la mesure du possible. (...) L'objectif de l'ergothérapeute en rééducation fonctionnelle est de retrouver les gestes de la vie quotidienne. (...)

La prise en charge en ergothérapie de la lésion de la coiffe des rotateurs offre un terrain d'observation et d'évaluation des plus précieux dans la conduite de leur rééducation. (...) L'objectif de l'ergothérapeute est de réintégrer la finalité du geste provisoirement perdu.

En corrélation avec le déficit (moteur), la participation du sujet, sa capacité d'acceptation, l'ergothérapeute va à ce stade de la réadaptation rechercher et développer des moyens de suppléance. Il va expliquer la façon la plus efficace d'organiser ses gestes. Chaque activité de la vie quotidienne ou sociale sera disséquée et le geste restitué dans un contexte fonctionnel différent.

L'ergothérapeute introduit une nouvelle manière de faire, une méthodologie qui va nécessité un suivi jusqu'à l'intégration correcte des gestes à effectuer. Cependant pour atteindre ou affiner l'indépendance, il est parfois nécessaire de proposer des aides techniques. »

Le contenu de cet article nous apprend une fois de plus l'intérêt de l'ergothérapie face à une pathologie précise. Ici, la pathologie est d'ordre musculaire donc motrice, elle mobilise les compétences de l'ergothérapeute non seulement pour l'aspect « rééducation » (réapprendre certains gestes) mais aussi pour l'aspect « réadaptation » (réapprendre et organiser certains

---

[8] S. Ehrler, A. Chapron, J. Pinelli, Place de l'ergothérapie dans la rééducation et la réadaptation après lésion de la coiffe des rotateurs, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°1, 1993, p. 26 et 27.
S. Ehrler est médecin-chef, chef de service au Centre de réadaptation fonctionnelle Clémenceau de Strasbourg (CRFC). A.Chapron est ergothérapeute-cadre au CRF Clémenceau. J. Pinelli, est médecin-chef au CRF Clémenceau.
Il faut remarquer que cet article est rédigé par deux médecins spécialistes en rééducation-réadaptation et une ergothérapeute-cadre. Ce type d'initiative commune n'est pas rare car elle donne d'autant plus d'assise scientifique au contenu de l'article. Que l'ergothérapeute qui s'associe à la rédaction de cette article soit cadre n'est pas anodin non plus dans la mesure où son statut se rapproche de celui des médecins.

gestes dans le contexte de la vie quotidienne). La conclusion des auteurs est claire : à partir du moment où un patient connaît un déficit moteur la prise en charge en ergothérapie se fait obligatoirement sur ces deux aspects, comme s'ils étaient naturellement imbriqués. L'insistance sur « la vie quotidienne », sur « l'indépendance » du patient marque la frontière entre l'ergothérapie avec d'autres thérapies telle que la kinésithérapie qui, elle, insiste plus sur la rééducation et moins sur la réadaptation. Un détour par la psychiatrie nous informe aussi de la volonté des ergothérapeutes à trouver leur place en soins psychiatriques.

2. LES COMPETENCES DES ERGOTHERAPEUTES EN PSYCHIATRIE

De nombreux articles ont été publiés pour justifier la place de l'ergothérapie en psychiatrie. Quelle utilité thérapeutique possède l'ergothérapie en psychiatrie ? Quelles compétences doivent mobiliser les ergothérapeutes face à des pathologies qui relèvent de la psychiatrie ? Dans la formation des ergothérapeutes la psychiatrie prend une place importante. D'ailleurs les étudiants sont obligés dans leur cursus de faire un stage en psychiatrie.

2.1. Quel rôle pour les ergothérapeutes en psychiatrie ?

Parmi les questions posées aux étudiants l'une concernait le domaine où ils souhaiteraient travailler une fois diplômés[9] : 53.7 % des étudiants interrogés ont plutôt pour intention de travailler en rééducation fonctionnelle, 15.7 % en psychiatrie et 30.6 % « ne savent pas ». C'est une faible proportion d'étudiants qui se prononcent pour un poste en psychiatrie après la sortie de l'institut de formation. Déjà, lorsqu'il s'agit d'évoquer les aspects de la profession qui leur paraissent peu intéressants, les ergothérapeutes en exercice ou les étudiants citent assez souvent la psychiatrie. Pourquoi cette réticence à intervenir dans le domaine de la psychiatrie ?

---

[9] La question 19 est libellé de la façon suivante : *« Une fois diplômé en ergothérapie avez-vous l'intention de travailler :*

- *Dans le domaine de la rééducation fonctionnelle*
- *Dans le domaine de la psychiatrie*
- *Ne sais pas. »*

Des éléments de réponse apparaissent dans les témoignages d'ergothérapeutes suite à la diffusion de notre questionnaire[10] :

« Difficile de faire reconnaître cette profession surtout en psychiatrie où l'on confond animation, occupation et thérapie du fait de nos activités support. »*

(Femme, 30 ans, 9 ans d'ancienneté)

* Ces sont différentes formes d'activité basées sur l'expression artistique, la réalisation d'objets, etc.

« Je pense que l'avenir de l'ergothérapie en psychiatrie est très compromis. La hiérarchie infirmière veut avoir la mainmise sur toutes les prises en charge et considère que les infirmières peuvent tout faire. »

(Femme, 55 ans, 28 ans d'ancienneté)

La place de l'ergothérapie en santé mentale est clairement posée par certains ergothérapeutes. Encore une fois l'utilité thérapeutique de l'ergothérapie est-elle considérée comme insuffisante pour voir les principes de cette discipline remis en cause ? Les infirmières en psychiatrie ont-elles trop tendance à s'autoproclamer « compétentes » en santé mentale ? Devant une situation qui a l'air de tourner en défaveur des ergothérapeutes ceux-ci multiplient les publications pour clarifier leur rôle en psychiatrie. Nous proposons d'énoncer quelques titres d'articles[11] :

- *« L'ergothérapie en psychiatrie »*
- *« Pour la spécialisation d'ergothérapeutes en psychiatrie : une approche psychodynamique »*
- *« Découverte de l'ergothérapie auprès d'adultes autistes »*
- *« Apport psychothérapique de l'ergothérapie auprès des personnes âgées »*
- *« L'ergothérapie une place prépondérante au sein d'un service psychiatrique pénitentiaire »*
- *« Spécificité de l'ergothérapie pour des patients psychotiques de longue évolution »*
- *« L'ergothérapeute face à la démence du SIDA, évaluation et prise en charge »*

Ces titres d'articles sont éloquents pour deux raisons majeures :

1. D'abord parce que le vocabulaire choisi renvoie à une prise de position dans le champ de la santé mentale. Les mots ou expressions tels que

[10] Ce sont des réponses à la question 34 posée aux ergothérapeutes en exercice.

[11] Ce sont toujours des titres d'articles parus ces dernières années dans les deux principales revues spécialisées en ergothérapie, Journal d'Ergothérapie et Expériences en ergothérapie.

« spécialisation », « apport », « place », « spécificité » rendent compte de la nécessité de l'ergothérapie en psychiatrie.

2. Ensuite parce que les auteurs de ces articles cherchent à apporter leur contribution au traitement de publics très divers qu'il s'agisse des « personnes âgées », de « personnes emprisonnées », de « patients atteints du SIDA », etc.

Il apparaît donc que l'éventail des interventions thérapeutiques des ergothérapeutes en psychiatrie est très vaste. La reconnaissance des traitements effectués par les ergothérapeutes dépend de la qualité des recherches menées. De plus, que des ergothérapeutes se posent eux-mêmes et directement la question de leur place en psychiatrie ne témoigne-t-il pas d'une prise de conscience commune d'une position à défendre ou à gagner ?

2.2. Donner un sens aux activités proposées en psychiatrie

En milieu psychiatrique le travail, l'activité ne prennent-ils pas un sens tout particulier ? Les différents extraits d'articles proposés ci-dessous ne témoignent-ils pas de la spécificité de l'ergothérapie dans différents services en psychiatrie ?

1° extrait : *« L'Ergothérapie « autrement » ou la vie quotidienne dans un service de psychiatrie d'adultes.*[12] *»*

« En 1976, date à laquelle je suis entrée à l'Hôpital « L'Eau vive », je n'avais pas une attirance particulière pour la psychiatrie, simplement je cherchais un poste dans la région parisienne. Les cours reçus à l'école d'ergothérapie, ainsi que les stages ne me suffisaient pas pour situer clairement mon action, non seulement en psychiatrie mais plus particulièrement dans un service du 13° arrondissement dont le passé était doté d'un certain prestige.

Je savais que l'ergothérapie n'avait plus la place extrêmement importante qu'avait favorisée M. Paumelle, le médecin-directeur, fondateur de l'Association de Santé Mentale du 13° arrondissement, disparu depuis deux ans. (...)

Arrivée dans un pavillon, je découvris la vie hospitalière, je n'ai pu m'en tenir à un a priori théorique, trouvant que les activités classiques dites d'ergothérapie ne suffisaient pas. Je n'ai jamais cru m'éloigner de mon statut en élargissant ce mode de fonctionnement.

---

[12] M. Martin, L'Ergothérapie « autrement » ou la vie quotidienne dans un service de psychiatrie d'adultes, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°3, 1987, p. 94.
M. Martin est ergothérapeute.

En effet, j'ai pensé que l'ergothérapie dans ce pavillon, tout comme en rééducation fonctionnelle, pouvait faire reprendre au malade un contact avec des sensations, des évènements de la réalité que la lourdeur de l'hôpital estompe. »

Ce témoignage révèle dans un premier temps que la place d'une profession paramédicale dans un service dépend beaucoup de son chef. Si un chef de service considère que l'ergothérapie présente une utilité thérapeutique quelconque il créera des postes d'ergothérapeutes. Dans un deuxième temps, l'auteur fait remarquer l'importance de l'activité dans la thérapie, mais pas n'importe quelle activité : celle proposée par M. Martin à ses patients correspondait, selon elle, à un besoin de « sensations ». Donc, elle proposa les préparations culinaires comme activité médiatrice afin d'encourager la « convivialité » et l'éveil de « souvenirs d'odeurs... ». Cet exemple montre comment un ergothérapeute a introduit le patient au « centre » de la thérapie, ce dernier est en somme acteur de sa guérison future. La conduite thérapeutique adoptée par cet ergothérapeute est conforme à celle admise par beaucoup d'ergothérapeutes dans notre enquête : l'intérêt de la relation dans la prise en charge du patient.

2° extrait : *« Comment une technique artisanale devient une technique thérapeutique ?*[13] *»*

« (...) Le but de l'ergothérapie en psychiatrie est de rééduquer ou d'éduquer afin de sociabiliser le soigné. Le but de l'atelier est de stabiliser, humaniser le malade à travers une réalisation, le contact avec la matière, le choix des matériaux, des techniques, le discours-atelier qui s'y rattache. C'est aussi de le rendre autonome : stimuler ses capacités créatrices, faire naître le désir, le plaisir, afin qu'il récidive pour son propre compte, qu'il normalise chaque jour d'avantage ses attitudes en vue d'une réinsertion.

L'activité est le support de la relation, elle est la matrice au sein de laquelle va se développer et se normaliser la relation.

(...) C'est par l'activité que chacun existe face à l'autre. L'ergothérapeute qui la maîtrise fait que l'activité devient moyen de communication, d'échange. »

A un atelier, à une activité sont toujours rattachés des objectifs. L'ergothérapeute ne propose pas « une activité pour l'activité ». Le choix du matériel, de la technique ne relève pas du hasard mais d'une volonté délibérée de guérir. L'ergothérapie prend dès lors tout son

[13] F. Colin, Comment une technique artisanale devient une technique thérapeutique ?, Expériences en ergothérapie, Masson, N°5, 1992, p. 117.
L'auteur est ergothérapeute et travaille dans un atelier de poterie.

sens. La réinsertion, l'autonomie du patient deviennent inexorablement des buts de l'intervention thérapeutique.

3° extrait : *« Ergothérapie et santé mentale : réflexions d'un groupe de travail.*[14] *»*

« (...) Nous avons constaté qu'il est souvent bien difficile d'exercer l'ergothérapie dans des institutions ayant un passé asilaire, car souvent « ergothérapie » y est synonyme « d'occupation », de « loisir », et aussi de « rentabilité ».

En effet, il y a quelques dizaines d'années, le personnel des « asiles de fous » s'est aperçu qu'il pouvait être intéressant (pour qui ?) de faire travailler les pensionnaires. Il leur était demandé de participer aux tâches matérielles de l'hôpital (cuisine, ménage, entretien du linge, travail de la terre ou à la ferme).

Sont venus ensuite les ateliers de sous-traitance pour des travaux à façon ; puis des ateliers d'activités manuelles ou de loisirs.

Pour tous ces travaux (utiles à l'institution) le pensionnaire recevait un pécule.

Ce passé est un lourd fardeau et il est souvent difficile de faire admettre que l'ergothérapie est un soin à intégrer dans le projet thérapeutique. Ceci est d'autant plus difficile que l'aspect extérieur que présente notre profession, c'est-à-dire l'activité, évite à beaucoup la peine de dépasser « l' ergon » pour trouver le « thérapeîen ».

Face à cette constatation, nous avons essayé de voir ce que nous, ergothérapeutes, nous faisions de l'AGIR dans le soin, puisque telle est notre spécificité. »

Ces quelques lignes ont pour vocation de redéfinir l'ergothérapie et sa place dans une structure de soins en psychiatrie. Le but premier de ce type d'article est sans nul doute de rappeler aux collègues ergothérapeutes la fonction de l'ergothérapie en psychiatrie. A charge pour les ergothérapeutes de la reprendre et de l'appliquer sur le terrain de la thérapie. Le bref rappel historique n'est pas sans signification non plus puisqu'il souligne que l'ergothérapie souffre d'une image d'occupation/animation dont les ergothérapeutes ont du mal à se débarrasser. C'est ainsi que ce texte résonne comme une mise au point, les auteurs de poursuivre :

« (...) Si nous sommes là pour arrêter l'errance du patient dans l'espace et dans le temps, nous sommes là pour lui permettre « d'être » : comment ?

(...) L'ergothérapeute est dépositaire de quelque chose : la trace et sa signification.

---

[14] C. Arnaud, C. Bernard-Granger, M. Fallissard, C. Jouan, M. Montanier, C. Nicolas, L. Peulmeule, H. Van der Becken, Ergothérapie et santé mentale : réflexions d'un groupe de travail, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°4, 1994, p. 157.
L'article est le résultat d'une réflexion d'un groupe de travail où tous sont des ergothérapeutes. Ce travail a été lancé sur l'initiative de l'ANFE Rhône-Alpes.

En ergothérapie le malade mental a la possibilité d'utiliser le concret, soit pour rejoindre la réalité, soit pour créer, faire parler son imaginaire, soit pour se remplir de sensations ou pour exprimer son délire. »

Ce que propose ce groupe de travail, c'est un projet de sortie de la structure psychiatrique, un projet d'intégration sociale avec des moyens différents des autres thérapeutes au sein de l'équipe soignante mais certainement complémentaires.

4° extrait : *« Eléments de réponse sur la place des ergothérapeutes dans une structure publique de psychiatrie.*[15] *»*

« Une des grandes difficultés pour les ergothérapeutes dans une structure publique de psychiatrie, est de trouver une véritable reconnaissance professionnelle. Le concept de soins en santé mentale et en particulier dans les anciennes structures de psychiatrie était essentiellement tourné vers une prise en charge de dynamique institutionnelle interne, avec des équipes soignantes infirmières. Les ergothérapeutes exerçant dans ces structures se sont heurtés à des problèmes de mise en pratique de leur décret de compétence, phagocytés par une notion de soin complètement différente de la leur : donner de l'autonomie dans un système de dépendance. (...)

L'ergothérapie était tout d'abord considérée comme un travail occupationnel : une solution pour combattre l'ennui dans un univers asilaire. L'infirmier était assimilé à un moniteur d'atelier. Ensuite, ces lieux d'activités dits « ateliers thérapeutiques » étaient plutôt de type productif ; le patient percevait un pécule de compensation. L'infirmier faisant fonction d'ergothérapeute était l'animateur et le gestionnaire de son atelier. »

Ces quelques réflexions remettent en perspective le rapport infirmier/ergothérapeute en psychiatrie. Jusqu'à récemment les ergothérapeutes, d'après les auteurs, n'ont pas réussi à exprimer leur art en psychiatrie à cause d'un certain monopole thérapeutique imposé par les infirmières. Mais le temps a amené des changements et les ergothérapeutes peuvent désormais appliquer des soins spécifiques liés à leurs compétences avec comme but ultime la réinsertion du patient. Le projet thérapeutique[16] consiste à:

« Amener le patient à trouver une stabilité, des points de repère dans le milieu qu'il projette d'intégrer :

- *revaloriser et améliorer ses capacités*
- *développer ses facultés d'adaptation*

---

[15] C. Bouquet, C. Deltour, Eléments de réponse sur la place des ergothérapeutes dans une structure publique de psychiatrie, Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N°6, 2000, p. 64.

[16] C. Bouquet, C. Deltour en tant qu'ergothérapeutes ont proposé un « projet de soins réadaptatifs » pour bien marquer leur différence avec les autres intervenants (professions médicales et paramédicales).

- *réduire ses liens de dépendance afin de lui rendre son autonomie maximale*
- *amener le sujet à connaître et à accepter ses limites*
- *l'amener à avoir une réflexion personnelle sur son projet afin de lui permettre d'être acteur de son propre soin. »*

Ce projet s'accompagne de la mise en place de grilles d'évaluation et d'auto-évaluation (qui concerne le patient). Nous savions les ergothérapeutes capables de faire des bilans de l'état du patient. En psychiatrie, les auteurs proposent par exemple un bilan des déficiences à partir de critères généraux tels que « les capacités psychomotrices, les capacités cognitives, le respect du cadre, le comportement, l'implication, la dépendance ». Cette manière de procéder fait dire aux auteurs que l'ergothérapeute dans l'équipe de soin interdisciplinaire peut être assimilé à un « technicien d'évaluation ». L'objet de la rédaction de cet article est de sensibiliser autant les collègues ergothérapeutes que les autres professions paramédicales de l'apport de l'ergothérapie (et donc des ergothérapeutes) dans un dispositif de soins en psychiatrie. Non seulement le patient doit être « mis au centre » du dispositif mais aussi l'ergothérapeute.

Les vastes moyens d'intervention de l'ergothérapeute lui donnent des latitudes dans la conduite thérapeutique. Mais celle-ci est-elle comprise par tous les autres intervenants ? L'ergothérapeute sollicite des fonctions très diverses chez le patient : des fonctions motrices aux fonctions cognitives et psychiques. Dès lors, il est inévitable qu'il se heurte à d'autres professions qui sont particulièrement spécialisées dans une de ces fonctions.

Cette volonté de la part des ergothérapeutes à s'engager réellement sur la voie de la réadaptation les fragilise dans leur position et les oblige à « justifier » leur place sur de nouveaux terrains d'intervention par des travaux de recherche. D'où l'insistance des ergothérapeutes à vouloir recentrer la problématique autour de cette question de la réadaptation ou de l'insertion.

3. DE NOUVEAUX BESOINS, DE NOUVELLES INTERVENTIONS

A vouloir privilégier la réadaptation et l'autonomie, les ergothérapeutes semblent aussi rejoindre les champs de compétences relatifs aux travailleurs sociaux. Dans le cas du retour à domicile des personnes âgées par exemple le versant accompagnement/insertion est particulièrement mis en valeur. Dans une situation de ce type, le travail de l'ergothérapeute ne

prend-il pas tout son sens puisque la prise en charge commence par la rééducation pour s'achever avec la réintégration au domicile ?

3.1. Les compétences des ergothérapeutes débouchent sur la sphère sociale

Les ergothérapeutes le prétendent eux-mêmes quand ils se prononcent sur l'avenir de leur profession[17]. Pour beaucoup d'entre eux, le maintien à domicile représente une perspective d'avenir pour l'ergothérapie :

- *Installation en secteur libéral (63)*
- *Le maintien à domicile (58)*
- *La réadaptation (25)*
- *Orientation vers le médico-social (24)*

Ces quelques réponses recueillent la plus forte fréquence parmi l'ensemble. Elles se rejoignent toutes autour du même concept d'autonomie. En somme, ce que veulent les ergothérapeutes interrogés c'est un remboursement des actes en ergothérapie afin de pouvoir s'installer en libéral[18] à l'instar d'autres professions paramédicales comme les infirmières, les kinésithérapeutes, etc. Ce statut ne représenterait-il pas pour beaucoup la possibilité la plus aboutie de pratiquer leur métier ? Oeuvrer au sein d'un cabinet privé et surtout intervenir à domicile ne représenterait-il pas un moyen adéquat pour la profession de s'affirmer ? Certains ergothérapeutes voient dans l'intervention à domicile une réelle opportunité[19] :

« L'ergothérapeute doit se tourner vers l'extérieur des structures médicales, plus vers le libéral en s'adressant plus aux personnes à domicile, avec un aménagement moins médicalisé s'adressant au quotidien, à l'intégration sociale. »

(Femme, 43 ans, 19 ans d'ancienneté)

« L'avenir de l'ergothérapie est florissant à condition que les ergothérapeutes saisissent les opportunités qui se présentent, en particulier dans le maintien à domicile des personnes âgées et dans le conseil (auprès des handicapés ou dans les mairies, les cabinets d'architectes, les OPAC...). »

(Femme, 50 ans, 27 ans d'ancienneté)

Ces témoignages anticipent sur de nouveaux besoins en matière d'intervention hors de la structure hospitalière, au niveau de l'aménagement des lieux d'habitat, des lieux publics,

---

[17] Affirmations énoncées en réponse à la question 34.

[18] Il existe une minorité d'ergothérapeutes installés à leur propre compte généralement en ville ou le potentiel de clients est plus important. Ils sont 67 au 1.01.02 selon le ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

[19] Toujours en réponse à la question 34.

dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, d'activités de conseils et de prévention, etc. A charge aussi pour l'ergothérapeute de s 'adapter à ces nouveaux domaines. L'ergothérapeute est invité à puiser dans ses potentialités autant qu'un patient face à son handicap. Mais sommes-nous là devant un élargissement ou un recentrage des compétences ?

De nouvelles possibilités d'intervention sont à saisir en accord avec l'évolution des besoins ; coordonnateurs, orienteurs paraissent être des expressions appropriées aussi pour qualifier d'autres attributions des ergothérapeutes. Mais ces nouveaux besoins qui se présentent aux ergothérapeutes ne sont-ils pas déjà satisfaits par des équipes soignantes pluridisciplinaires ? Si le retour à domicile devait se développer quelle place serait réservée à l'ergothérapeute et dans quelles conditions ? Si l 'exercice libéral semble être une voie possible, l'intégration dans une équipe pluridisciplinaire pour un ergothérapeute est envisageable aussi. D'ailleurs, bon nombre d'ergothérapeutes sont déjà largement admis dans des équipes soignantes hors de l'institution hospitalière.

3.2. Rôle des ergothérapeutes dans les structures d'intervention à domicile[20]

Exemple d'une équipe d'intervention à domicile[21]

La population qui peut être concernée par les structures d'intervention à domicile est composée de personnes qui, en raison de problèmes de santé, sont dépendantes d'une aide de leurs proches ou en l'occurrence d'intervenants extérieurs. Parmi les prestations que proposent un premier type d'organisation[22], nous notons :

« - *Evaluation de la situation*

- *Coordination (réseau familial/réseau de professionnels)*

[20] Les structures d'intervention à domicile sont assez nombreuses et émanent généralement d'initiatives associatives sur la base d'un financement pluriel (Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ou Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), dons privés, ...). De plus, les expressions définissant ces structures sont variables, il est question « d'activité d'aide et de soins à domicile », « de service de maintien à domicile », etc.

[21] Le retour à domicile soulève dès le départ un certain nombre de questions. Comment évaluer ou mesurer le handicap, l'autonomie, l'indépendance ? A partir de quel moment est-il nécessaire d'intervenir à domicile ? Qui doit intervenir ? En fonction de quels besoins ?
Globalement, et nous l'avons déjà montré, l'autonomie est une notion plus complète et plus large à la fois que celle d'indépendance. C'est ce concept que retiennent le plus souvent les ergothérapeutes dans leur relation au patient avec d'autres termes comme la réadaptation. Toute équipe d'aide ou de soins à domicile fixe l'autonomie du patient comme objectif principal.

[22] Nous proposons ici des prestations fournies par une structure d'aide et de soins à domicile du canton de Vaud en 2001 (Suisse). Pourquoi avoir choisi en liminaire un exemple tiré des expériences de maintien à domicile en Suisse ? Tout simplement parce que ces structures proposent des prestations dont le contenu est très précis, cela nous aidera à faire des comparaisons.

- *Orientation de la personne dépendante vers de services et des réseaux de soins appropriés*
- *Soutien et accompagnement*
- *Soins infirmiers*
- *Soins de base (hygiène, confort)*
- *Prestations sociales*
- *Mesures et traitements d'ergothérapie :*
  1. *Rééducation et réadaptation aux activités de la vie quotidienne*
  2. *Pour les moyens auxiliaires et orthèses : conseil, recherche, adaptation et apprentissage*
  3. *Adaptation de l'environnement*
- *Aide au ménage*
- *Veilles et présence de jour*
- *Fourniture de repas à domicile*
- *Organisation de l'accès à des structures d'appui. »*

Nous observons que dans cette expérience d'aide à domicile les prestations ergothérapiques sont clairement indiquées. Cela signifie que dans une équipe d'intervention l'ergothérapeute dispense des traitements qui entre dans un cadre prédéfini. De plus, ces traitements s'inscrivent en grande partie dans la définition de l'ergothérapie.

D'ailleurs tous les intervenants de l'équipe sont invités à suivre un plan d'intervention propre à leurs compétences que ce soit les infirmières, les aides ménagères ou les assistants sociaux.

Pourtant cette expérience suggère deux remarques :

- 1° remarque : un certain flou persiste quant à la ou les personnes qui sont chargées de s'occuper des quatre premières prestations (évaluation, coordination, orientation, soutien). S'agissant par exemple de l'évaluation, il est demandé que celle-ci soit « faite par un membre de l'équipe ». Sur quels critères ce membre de l'équipe va-t-il être choisi ? De même que pour les autres prestations, la même question sera posée. Quelle est la profession la plus apte à assurer la coordination au sein d'un réseau de soins, l'orientation du patient vers différents services, le soutien dans les activités de la vie quotidienne, etc. Peut-être qu'il est utile de prévoir plusieurs professionnels pour assurer ces tâches. Il est clair que ce type de structures qui sont appelées à se développer sous une forme ou une autre dans l'avenir exigera des personnes formées à cet effet. Car aujourd'hui la plupart des

personnes qui assurent ces fonctions d'évaluation, de coordination... sont issues des milieux sanitaires et sociaux n'ayant pas bénéficier toutes d'une formation spécifique.

- 2° remarque : le travail en équipe suppose qu'à chacun des intervenants soit attribuée une place précise relevant de ses compétences propres. En l'occurrence, dans notre exemple cela semble être le cas puisque les rôles sont distribués en fonction des compétences de chacun. Mais cette prise en charge ne va-t-elle pas se heurter à des problèmes de coordination, de fonctionnement tout simplement ? En somme l'interdisciplinarité qui est le fondement du travail en équipe est-elle viable ? Et à quelles conditions ? L'ergothérapeute y trouve-t-il sa place véritable ?

Ces deux remarques nous amènent à proposer d'autres exemples d'intervention à domicile pour trouver quelques réponses.

L'ergothérapie dans une structure d'Hospitalisation à domicile (HAD)

Evoquons une autre situation d'intervention à domicile au sein d'une structure de soins et de rééducation :

« Celle-ci s'adresse à toute personne dont l'état médical est stabilisé et ne justifie plus de soins spécifiques apportés par un établissement de soins.

L'HAD intervient sur une première période de 20 jours (période renouvelable par le médecin traitant) pour assurer dans le cadre de la vie du malade, l'ensemble des soins infirmiers et de rééducation. Ces soins sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire et coordonnée qui se mobilise pour les soins infirmiers, pour la rééducation, pour l'information et l'éducation de l'entourage proche du malade, pour l'aménagement du domicile, pour les démarches administratives, l'installation du matériel...[23] *»*

Quelle place va occuper l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire ? La vocation de l'équipe étant de prodiguer entre autres des soins de rééducation, l'ergothérapeute devrait être en partie appelé à les assurer. Or la réalité est différente :

« L'exercice de l'ergothérapie dans une structure HAD revêt ce caractère « libéral » tant recherché par la profession. Dans ce contexte les activités de l'ergothérapeute restaient à définir. Elles l'ont été comme suit à Béziers : adaptation de l'environnement prenant en

---

[23] M. Grisoni, L'ergothérapie dans une structure d'hospitalisation à domicile, Expériences en ergothérapie, Masson, N°5, 1992, p. 52.
M. Grisoni est ergothérapeute au service d'hospitalisation a domicile à Béziers.

compte le matériel, l'aménagement du domicile et les adaptations, travail d'équipe avec la coordination des interventions, des conseils, les démarches administratives.[24] »

Il faut rappeler que le patient qui rentre à son domicile (sur sa demande) après une période d'hospitalisation souffre d'une perte d'autonomie qui justifie l'intervention d'une équipe élargie. Le travail de l'ergothérapeute ne consiste donc pas à prodiguer des soins de rééducation (plutôt assurés par le kinésithérapeute) mais à orienter ses activités vers « l'adaptation de l'environnement ». Celui-ci consiste, entre autres, à :

« Evaluer le matériel (fauteuil roulant, table roulante, lit médicalisé...) en fonction des besoins de la personne, aménager le domicile (adapter la salle de bain, les toilettes, la chambre...), proposer des aides techniques (à la toilette et au repas), etc. »

Reconnu au sein de l'équipe comme le spécialiste de « l'adaptation de l'environnement » il devient un intermédiaire entre les professionnels de l'aménagement (artisans du bâtiment) et le patient. Dans cet exemple il est aussi celui qui coordonne l'équipe et supervise les opérations de soins. Finalement l'auteur admet (en résumé) que :

« La profession d'ergothérapeute habituellement définie comme étant au carrefour des autres professions paramédicales, renforce sa polyvalence dans une telle structure d'Hospitalisation à domicile ; l'ergothérapeute est tour à tour conseiller, ouvrier pour les petits travaux d'aménagement, démarcheur pour obtenir du matériel rentable, coordinateur de l'équipe... Avant d'être thérapeute... »

La nouvelle place de l'ergothérapeute à travers cette expérience d'HAD montre que ce type d'initiative et de structure met l'ergothérapeute dans des situations inédites. Un autre exemple d'HAD, cette fois-ci à Grenoble montre l'importance de l'apport de l'ergothérapie dans des équipes gériatriques:

« (...) La prise en charge d'une personne âgée nécessite parfois, à la sortie d'un service de réadaptation gérontologique, une prolongation des soins, dans lesquels l'ergothérapeute joue un rôle important. Le service d'Hospitalisation à domicile (HAD), structure adaptée au projet de réautonomisation d'un patient âgé, peut s'enrichir de l'expérience de l'ergothérapeute pour réussir le retour à domicile.[25] »

Pour résumer l'article il est indiqué que l'ergothérapeute tient une place importante dans la mesure où :

---

[24] M. Grisoni, opus cit, p. 52.

[25] L. Nicolas, P. Couturier, M. Jaton, M. Bernard,F. Greuillet, F. Guyot, A. Franco, Place de l'ergothérapie dans la réadaptation du sujet âgé en hospitalisation à domicile, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1995, p. 61.
M. Jaton, M. Bernard sont ergothérapeutes. L. Nicolas, P. Couturier, F. Greuillet, F. Guyot, A. Franco sont médecins au CHU de Grenoble.

- il entretient un rapport privilégié avec le malade, son entourage et le reste de l'équipe soignante pour améliorer le retour à domicile
- il maintient le niveau d'autonomie dans un environnement familier avec la poursuite de la réadaptation du sujet âgé dans son cadre de vie
- il constitue souvent, avec le kinésithérapeute, l'interface nécessaire, en matière de rééducation, entre l'hôpital et le domicile.

Il apparaît que l'ergothérapeute est plus qu'un simple intervenant dans le projet de retour à domicile, il est le professionnel « à compétences multiples » qui lui permet à la fois de dispenser des soins (rééducation) et de coordonner les interventions des autres membres de l'équipe soignante et au-delà de proposer la participation d'autres professionnels du social ou du bâtiment. Dans ce cas précis d'HAD ainsi que dans le cas précédent, l'ergothérapeute participe plus en tant que spécialiste de la réadaptation qu'en tant que professionnel de la rééducation.

La volonté de la part de beaucoup d'ergothérapeutes de s'engager sur la voie de la réadaptation plus que de la rééducation ne trouverait-elle pas un écho favorable dans ce type de structure ?

3.3. Le cas particulier des ESVAD et des SRAI

L'exemple des Equipes spécialisées pour une vie autonome à domicile (ESVAD)

« Les ESVAD[26] proposent des interventions sociales individualisées aux personnes atteintes de déficiences motrices qui vivent chez elles parce qu'elles sont désireuses d'acquérir un domicile personnel. Les ESVAD ont pour but d'informer, d'orienter et de conseiller techniquement les personnes handicapées et leur famille pour les aider à « organiser au mieux leur vie » chez elles, sur leur lieu de travail ou dans leur quartier.

Chaque équipe répond aux demandes formulées par les personnes (adolescents ou adultes) ayant une déficience motrice congénitale ou acquise, évolutive ou non, qui ne soit pas liée au vieillissement.

Les ESVAD les plus complètes sont constituées :

- *d'un coordonnateur*
- *d'assistants sociaux*

[26] Ces structures ont été créées en 1992 par l'Association des paralysés de France (APF). Elles sont intégrées aux antennes départementales (« les délégations ») de l'APF. Il existe à ce jour trente ESVAD. Les précisions que nous apportons sur le fonctionnement des ESVAD émanent de documents internes à l'APF.

- *d'ergothérapeutes*
- *d'animateurs sociaux*
- *d'auxiliaires de vie avec un responsable pour ce service*
- *d'un médecin*
- *d'un psychologue*
- *d'un chargé d'insertion professionnelle*
- *d'une secrétaire*
- *d'une comptable. »*

C'est en fonction de la demande d'une personne handicapée qu'une équipe va se constituer. Le rôle pivot de l'équipe revient au coordonnateur qui est « responsable du bon fonctionnement de l'équipe, de sa gestion administrative, humaine, de la qualité et de l'adéquation des actions ». Cette fonction n'est pas attribuée à une profession par avance. Toute profession du secteur sanitaire et social peut y prétendre. L'ergothérapeute détient sa place dans le dispositif :

« Il répond aux besoins d'indépendance fonctionnelle par des conseils techniques, en acquisition de matériels adaptés, d'aménagement de sites (du logement, du poste et lieu de travail, de la cité).

Il est également le technicien de l'évaluation de l'indépendance fonctionnelle, pour appuyer ou justifier les dossiers financiers (d'indemnisation du handicap, d'achat de matériel...).

Il oriente vers des structures ou des professionnels médicaux et paramédicaux, lorsque le client a besoin d'un traitement spécialisé. »

Donc l'ergothérapeute joue ici le rôle de « conseiller », de « technicien de l'évaluation », « d'orienteur » vers des professions médicales ou paramédicales, bref il assiste la personne handicapée mais ne pratique pas d'actes de rééducation, actes qui entreraient pourtant directement dans ses compétences. Aussi, dans ce type de structures l'ergothérapeute n'endosserait-il pas une fonction qu'il a toujours souhaitée assurer ? Il n'est plus reconnu comme soignant mais comme expert en évaluation et en réadaptation. Voilà qui est un signe d'évolution de la profession. Vis à vis des collègues de l'équipe d'intervention, l'ergothérapeute est considéré comme un « référent » en matière de rééducation et de réadaptation. Sachant qu'il œuvre au sein d'une équipe pluridisciplinaire sa fonction de « technicien de l'évaluation » est en partie partagée avec l'assistant social :

« L'assistant social est le premier professionnel à intervenir auprès du demandeur. Il fait une première évaluation des besoins avec ou sans l'ergothérapeute ou le médecin. »

Au sein de ces équipes, la mise en commun des compétences est relativement courante. Il arrive souvent que les attributions des intervenants se rejoignent sur un certain nombre d'actes. De même, qu'en d'autres circonstances l'ergothérapeute peut être sollicité pour assurer la fonction de chargé d'insertion professionnelle qui « accompagne l'intéressé dans ses démarches diverses d'insertion professionnelle ». En résumé, l'ergothérapeute au sein de ces équipes est capable d'être présent sur deux pôles, deux versants importants de l'intervention : l'évaluation de la situation et la réinsertion du patient.

En comparaison avec la structure d'aide à domicile dans le Canton de Vaud, les attributions des ergothérapeutes au sein des équipes ESVAD diffèrent justement sur ces deux aspects, l'évaluation et la réinsertion. L'APF a-t-elle une vision plus élargie des compétences des ergothérapeutes ? Observons la place de l'ergothérapeute au sein des équipes d'intervention de l'AFM.

L'exemple des Services régionaux d'aide et d'information (SRAI)

« L'action des SRAI ne peut être dissociée des objectifs poursuivis par l'AFM[27]*, rendre plus efficace la lutte contre la maladie neuromusculaire, en défendant les intérêts collectifs des malades et en luttant contre l'exclusion de ces derniers dans la société. Les SRAI répondent à ce précepte par l'aide et l'information aux familles et aux professionnels.*

Le principe de base des SRAI est d'être une interface entre les partenaires sociaux, médicaux et éducatifs et le malade et la famille. Les SRAI répondent aussi bien aux malades et à leur famille qu'aux professionnels devant intervenir auprès de ces malades.

Le but de ces services est de faciliter le maintien de la personne dans son cadre de vie naturel, en tenant compte de sa déficience, de ses incapacités et du contexte environnemental pouvant être source de désavantage.

L'équipe d'un SRAI est constituée de trois catégories de professionnels, au statut différent :

- *le directeur*
- *la secrétaire-comptable*
- *les techniciens d'insertion*
- *le psychologue. »*

[27] Les SRAI ont été créés en 1988 par l'Association française contre les myopathies (AFM) après le premier Téléthon. Les informations que nous exposons émanent de documents internes à l'AFM.

Contrairement aux ESVAD[28] les SRAI ne comportent que peu d'intervenants (au sens strict). Ce sont des petites équipes regroupées autour du directeur qui fait aussi office de coordonnateur. La spécificité de ces équipes réside moins dans l'originalité de leur mission, l'insertion, que dans la manière de la mener. Il appartient aux techniciens d'insertion de mener à bien le projet d'intégration en relation avec la situation familiale. Ceux-ci sont au cœur de la politique d'intégration. Mais, comment une mission qui incombe à plusieurs intervenants différents dans les ESVAD ne relève-t-elle plus que d'un d'intervenant dans les SRAI ? La différence réside dans la philosophie des deux projets : le projet de l'APF organise directement l'accompagnement des personnes handicapées par des professionnels issus des ESVAD alors que le projet AFM envisage ce même accompagnement des personnes handicapées par le technicien d'insertion, personne importante qui fait appel à des intervenants extérieurs au SRAI. Rappelons qui sont les techniciens d'insertion :

« Les techniciens d'insertion sont tous issus du milieu paramédical et social (certaines équipes sont constituées que de paramédicaux, d'autres au contraire, que de travailleurs sociaux, d'autres enfin ont une représentation équilibrée des deux milieux).

Mais tous les techniciens d'insertion remplissent les mêmes fonctions :

- *de découvertes, d'activation et de coordination de réseaux de professionnels nécessaires à la famille*
- *d'information et de soutien des professionnels*
- *de liaison entre le malade, sa famille et les futurs intervenants*
- *d'information, de conseil et d'accompagnement ou de soutien aux familles. »*

Le technicien d'insertion met donc au centre du dispositif d'accompagnement la personne handicapée. Il prend acte d'une demande d'accompagnement de la personne handicapée et des familles et il y répond d'une certaine manière selon les exigences du poste occupé :

« Les situations engendrées par nos maladies demandent des réponses qui relèvent d'une technicité, d'une compétence médicale, paramédicale, sociale voire éducative ou psychologique.[29] »

Ce sont les ergothérapeutes avec les assistants sociaux qui sont principalement recrutés pour occuper les postes de technicien d'insertion. Mais en quoi les ergothérapeutes

---

[28] Nous procédons à une comparaison entre ces deux structures relativement proches dans leur projet.

[29] C. Hamon, Refuser la fatalité, Dossier Réadaptation, N° 458, 1999.
C. Hamon était secrétaire générale de l'AFM de 1985 à 1991, et directrice de l'AFM de 1991 à fin 1998.

correspondent-ils au profil du poste de technicien d'insertion ? Quelles compétences développent-ils pour être amené à occuper ce poste ?

« Le technicien d'insertion s'inscrit dans l'idée de redonner l'autonomie perdue de la personne malade. Cela s'entend au sens social comme au sens technique du terme. Faisant en sorte que le malade comprenne et puisse reproduire, la démarche d'acquisition d'une aide technique par exemple, il récupère de l'autonomie concrètement (compensation de l'incapacité) et socialement (maîtrise des procédures administratives).[30] »

L'ergothérapeute est plutôt dans la capacité de répondre aux exigences du poste de technicien d'insertion puisqu'il maîtrise à la fois les aspects techniques et humains de la rééducation et de la réadaptation. Mais un ergothérapeute n'est pas au départ un technicien d'insertion[31] :

« Le technicien d'insertion, c'est une personne qui :

- *a un métier de base avec un minimum de pratique professionnelle, et qui bénéficie d'une formation complémentaire*
- *il n'a de valeur et ne peut fonctionner que dans le cadre d'une équipe*
- *il est ouvert au monde extérieur, participant à certains groupes de travail. »*

Le poste de technicien d'insertion exige des qualifications qui oblige la personne qui l'occupe à s'adapter. Si l'AFM a pensé que ce sont plutôt les assistants sociaux et les ergothérapeutes qui ont les aptitudes pour remplir cette fonction c'est qu'ils possèdent cette faculté d'adaptation.

« On ne doit pas être seulement un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un éducateur spécialisé qui fait un travail en rapport avec ses compétences. On doit être un professionnel qui fait un travail en rapport avec ses compétences, avec les objectifs collectifs et individuels de l'établissement, sa formation de base n'étant qu'un moyen pour y parvenir.[32] »

Les responsables de l'AFM ont compris que c'est autour d'un objectif, d'un projet que se dégagent de nouvelles compétences. L'implication d'un ergothérapeute dans une nouvelle structure ne conduit-elle pas à un changement de statut ?

---

[30] R. Cordier, Le technicien d'insertion est-il soluble dans la transdisciplinarité ?, Diplôme Universitaire des Professionnels de l'Insertion des Travailleurs Handicapés, Université Rennes 2, 2000, p. 28.
[31] Document interne à l'AFM, 1992.
[32] Ibid

Quel statut pour l'ergothérapeute au sein de ces deux structures ?

Cette situation nouvelle à laquelle peut être confronté un ergothérapeute au sein des SRAI en comparaison avec celle vécue dans les ESVAD tranche moins sur la question des qualifications que sur celle du statut.

Correspondance entre le titre et le poste selon le type de structure

ESVAD

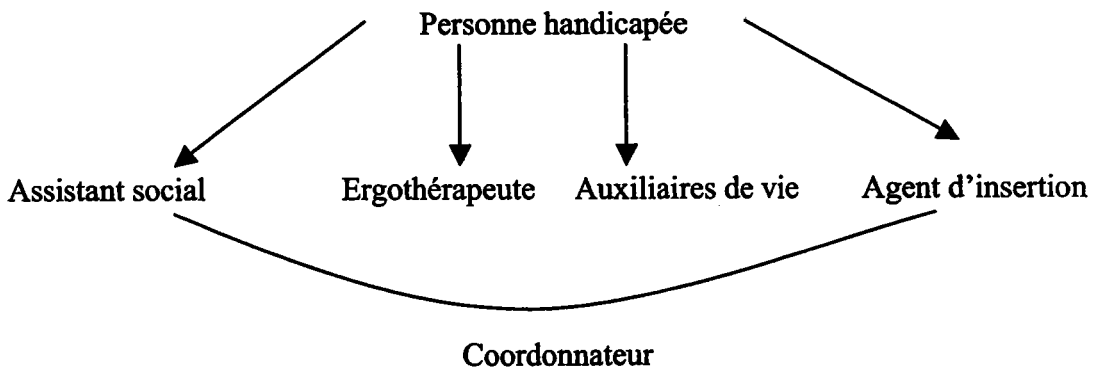
TITRE		POSTE
Ergothérapeute	⟹	Ergothérapeute et/ou chargé d'insertion professionnelle

SRAI

TITRE		POSTE
Ergothérapeute	⟹	Technicien d'insertion

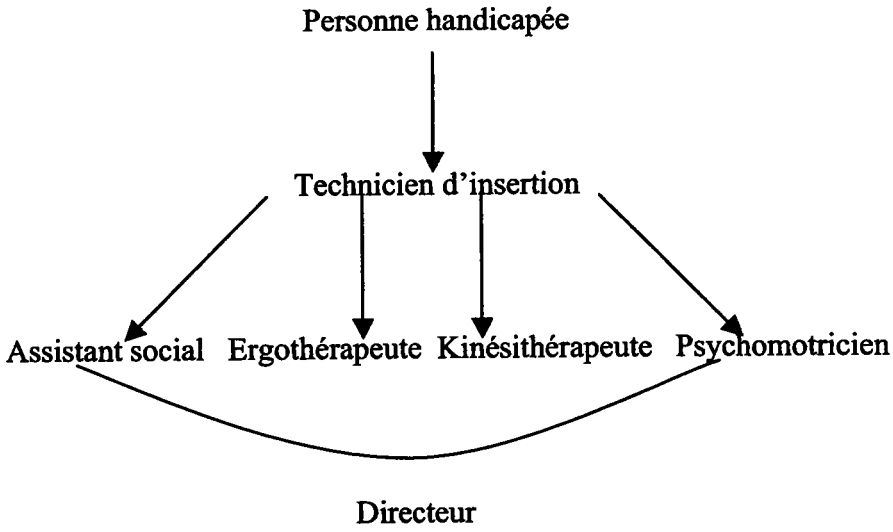
Dans les ESVAD la reconnaissance de l'ergothérapeute en tant que professionnel de l'ergothérapie paraît évidente, le poste occupé correspondant au titre exigé, le diplôme d'Etat en ergothérapie. Tandis que dans les SRAI, l'ergothérapeute est recruté sur ce même titre mais pour occuper un poste dont l'appellation est différente, celle de technicien d'insertion. L'organisation particulière des SRAI réclame de nouvelles compétences en plus des qualifications exigées, d'où un décalage entre le titre et le poste occupé. Pour bien comprendre la position de l'ergothérapeute comparons la structure d'aide à domicile type ESVAD et la structure d'aide type SRAI :

Place de l'ergothérapeute dans une structure type ESVAD



Nous avons limité le nombre d'intervenants sur le schéma à quatre. En fonction des besoins du patient ce nombre est variable. Le rôle du coordonnateur est d'animer une équipe et non d'entrer en contact avec le patient. Tandis que les autres professions interviennent auprès du malade en fonction de leur qualification propre. Chaque professionnel relate continuellement son travail à l'équipe. Un bilan est effectué régulièrement pour vérifier si les services apportés au patient ont été satisfaisants et concluants. L'ergothérapeute est dans une position égale à ses collègues avec des attributions qui lui ont été clairement indiquées et qui tiennent précisément compte de ses qualifications acquises au cours de sa formation.

Place de l'ergothérapeute dans une structure type SRAI



Le directeur est le garant, le responsable de toutes les actions entreprises par le service auprès des familles. Mais sa vocation n'est pas d'être sur le terrain. Tandis que le personnage central du dispositif est le technicien d'insertion. Là encore le nombre d'intervenants (dont un ergothérapeute) que sollicite un technicien d'insertion sur la demande de la personne handicapée est variable :

« Il agit au bénéfice de la famille en rendant compte de la cohérence du système ou de son incohérence, de ses carences. Explorer et rendre compte en expliquant la façon dont le réseau fonctionne ; un peu à la manière d'un éclaireur qui fait un état des lieux en temps réel.[33] »

[33] R. Cordier, opus cit, p. 38.

Pour un ergothérapeute être embauché en tant que technicien d'insertion dans un SRAI ne signifie pas l'abandon de ses qualifications initiales mais sous-tend une « requalification » grâce à l'accumulation d'expériences nouvelles (partagées avec d'autres techniciens d'insertion d'ailleurs). Le résultat de ce processus est l'acquisition de compétences propres au poste occupé et validé par le titre de « technicien d'insertion » :

Qualifications acquises en formation (Institut de formation en ergothérapie)

+

Formation complémentaire et expériences nouvelles

=

Compétences de technicien d'insertion

Les expériences nouvelles vont s'accumuler au fur et à mesure des projets. Un technicien d'insertion (ergothérapeute) sera plus à l'aise (au départ) sur des questions portant sur la rééducation, la réadaptation, l'aménagement d'intérieur que sur des questions d'ordre administratif, juridique, commercial ou social. Mais au bout de quelques mois, l'expérience aidant, l'ergothérapeute répondra, en toute probabilité, au profil attendu de ce type de poste. Plus généralement, l'ergothérapeute est-il le professionnel paramédical idoine capable d'assumer un poste à responsabilité au sein d'une équipe pluridisciplinaire? Que restera-t-il alors, une fois le poste occupée, de la formation initiale en ergothérapie ?

4. L'EVOLUTION DES COMPETENCES DES ERGOTHERAPEUTES EN FONCTION DES POSTES OCCUPES

L'organisation d'un service ou d'une association est déterminante dans la manière dont elle utilise les compétences de chacun. Celle-ci fixe un certain nombre d'objectifs se diversifiant à mesure que les missions s'élargissent, au professionnel engagé de s'adapter à ces évolutions. Entre une structure très hiérarchisée comme l'hôpital et une association qui accorde plus de souplesses dans les attributions des personnes embauchées il y a une distance que l'ergothérapeute est capable apparemment de franchir.

4.1. Vers une forme de polyvalence dans les compétences des ergothérapeutes ?

La profession d'ergothérapeute recouvre de multiples dimensions, elle aurait une réelle capacité d'évolution selon les services où elle intervient :

Caractère évolutif de la spécialisation de l'ergothérapeute en fonction des services

Services de traumatologie (hôpital)
Ergothérapeute en rééducation

⇒

Equipe d'intervention à domicile (type ESVAD)
Ergothérapeute et/ou chargé d'insertion professionnelle

⇒

Stucture d'hospitalisation à domicile (type HAD)
L'ergothérapeute devient un coordonnateur d'équipe, un « adaptateur d'environnement »

⇒

Structure (type SRAI)
L'*ergothérapeute est un technicien d'insertion*

Cette évolution rend compte qu'une profession impliquée dans le médico-social n'est pas rivée à un domaine strict mais que les personnes qui la servent s'adaptent, prennent des initiatives au nom d'un concept rassembleur : l'autonomie. Mais à force de s'approprier ce concept l'ergothérapeute n'adopte-t-il pas une conduite professionnelle qui se réclame de la polyvalence, en abandonnant par la même une ou plusieurs références professionnelles, la rééducation par exemple.

Autonomie et polyvalence : deux concepts liés ?

Polyvalence - ⇕ Rééducation

Polyvalence + ⇕ Autonomie

Le travail en équipe, en interdisciplinarité ou en pluridisciplinarité ou en multidisciplinarité (selon les schémas utilisés), dans le cadre des expériences de retour à domicile, est l'occasion d'étendre le champ d'action des ergothérapeutes vers la réadaptation, le conseil, l'expertise. Dans cette optique :

« La profession d'ergothérapeute qui a un éventail de champs d'action très divers mais qui pourrait, à force de se diversifier, s'éclater et ne pouvoir définir vraiment sa spécificité d'une manière sérieuse. Profession qui se doit d'être exercée avec d'autres professionnels de la santé, en équipe. »

(Femme, 43 ans, 19 ans d'ancienneté)

Ce témoignage tiré de la réponse à la question 34 confirme les difficultés des ergothérapeutes à tracer les contours de leur profession. En institution hospitalière, la profession d'ergothérapeute garde une certaine spécificité selon la spécialité des services mais l'inconvénient de cette situation[34] est que:

« L'ergothérapie se sclérose dans des aspects purement techniques, réducteurs pour la profession. »

(Femme, 39 ans, 18 ans d'ancienneté)

« Nous sommes trop cantonnés à l'intérieur des structures hospitalières. Manque d'ouverture vers l'extérieur qu'est ou devrait être la VIE des personnes handicapées ! Peu de moyens sont mis à leur disposition en réalité. »

(Femme, 49 ans, 20 d'ancienneté)

Dans quels types de structures, de situations professionnelles l'ergothérapeute arrive-t-il à mieux exprimer ses aptitudes ? Dans la mesure où les interventions des ergothérapeutes ne sont plus circonscrites au strict terrain de la rééducation d'autres champs d'intervention s'ouvrent avec des compétences mobilisées variables.

4.2. Compétences mobilisées en fonction du lieu de travail

Beaucoup d'ergothérapeutes se prononcent pour le remboursement des actes ergothérapiques, une situation qui offrirait la possibilité véritable de s'installer en libéral en donnant les moyens à l'ergothérapeute de choisir ses champs d'intervention. En somme l'ergothérapeute installé en libéral gagnerait en autonomie professionnelle. En attendant que ce souhait soit entendu par l'administration un certain nombre d'ergothérapeutes se dirigent

[34] Réponses à la question 34.

vers des structures à caractère associatif ou extra-hospitalier. Ces organisations donnent-elles plus de possibilités aux ergothérapeutes de s'affirmer ?

Tableau 1 : Quel champ d'intervention, quelles compétences pour quel statut ?

STATUT	CHAMP D'INTERVENTION	COMPETENCES
Salarié en institution hospitalière	Plus restreint (Plus de rééducation que de réadaptation)	Respect des compétences strictes
Salarié en structure extra hospitalière (ESVAD, SRAI, HAD, ...)	Ouvert sur le conseil, l'expertise...	Elargies. Apport de l'expérience.
« Libéral »	De la rééducation au conseil. Tout public.	Transversales. Des compétences strictes à l'apport de l'expérience.

Salarié en institution ou salarié en structure extra-hospitalière ou exerçant en libéral, l'ergothérapeute, en fonction des situations, multiplie les différents types de conduites thérapeutiques. Il ressort de cette variété de prises en charge la capacité de l'ergothérapeute à être polyvalent et à travailler en équipe. Même avec un statut de libéral, l'ergothérapeute est amené à travailler avec d'autres professions dans le cadre d'un aménagement de domicile par exemple.

4.3. La mobilisation des compétences au sein des équipes pluridisciplinaires ou interdisciplinaires

Vouloir replacer le patient au centre de la thérapie en institution ou à son domicile pose inévitablement le problème de la prise en charge. Il est admis que le travail d'équipe est une des meilleures réponses à cette prise en charge. Mais une question doit être posée alors : quelles fonctions occupent les intervenants au sein d'une équipe selon qu'elle se donne pour fondement soit la pluridisciplinarité soit l'interdisciplinarité[35] ?

[35] Nous nous sommes volontairement limités à ces deux expressions utilisées assez couramment dans la littérature spécialisée.
Nous évoquons dans un premier temps les définitions proposées par G. Michaud, L'interdisciplinarité : problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités, Paris, Revue de l'OCDE, 1972.
Pluridisciplinarité ou multidisciplinarité : juxtaposition de disciplines diverses plus ou moins voisines dans le domaine de la connaissance.
Interdisciplinarité : interaction existant entre deux ou plusieurs disciplines. Cette interaction peut aller de la simple communication des idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs.

A priori que ce soit dans un service de rééducation et de réadaptation ou dans un service de psychiatrie par exemple ces questions obtiennent des réponses relativement évidentes : le caractère institutionnalisé de ce type de structure donne une place attitrée a chacune des professions qui participe au service. Si un type de soins est associé à un type de profession cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de relation entre les professions. Au contraire, beaucoup de services encouragent la collaboration, la concertation pour l'évaluation des besoins du patient, en un mot le travail d'équipe en interdisciplinarité. La pluridisciplinarité par contre, au sein d'une équipe, représente une simple addition de professions et donc de compétences sans qu'il y ait nécessairement de concertation, d'échanges d'expériences et de prises de décisions communes. Dans la pluridisciplinarité chaque profession peut rester cantonnée dans sa spécialité. L'interdisciplinarité implique une démarche toute autre :

« Pour que l'interdisciplinarité au quotidien existe il faut en amont des prérequis, à savoir :

- *une équipe pluridisciplinaire*
- *de la formation continue (formation en groupe, conférences, séminaires)*
- *de l'expérience (cursus complet dans l'institution, intervention dans les différents lieux de soins)*
- *de l'engagement*
- *des formations spécifiques.*[36] »

L'équipe pluridisciplinaire est un préalable à toute approche interdisciplinaire. Mais l'engagement dans l'interdisciplinarité ne doit pas se faire au hasard elle suppose un engagement (le savoir-être) et surtout des compétences (du savoir-faire acquis au gré des formations et des expériences professionnelles). Comme illustration de « l'expérience » les auteurs proposent « l'intervention dans les différents lieux de soins ». En effet, l'implication d'un professionnel dans différents services est le garant d'une bonne connaissance des pratiques des diverses professions. Cette approche facilite ensuite les confrontations et les échanges entre membres de l'équipe. Les auteurs voient dans l'interdisciplinarité :

« un travail au quotidien dans la relation :

- *au patient (prise en soin individuel, ou en groupe)*
- *aux soins (mise en place d'un programme de soins global et spécifique)*

---

[36] Nous proposons ici une réflexion menée par des ergothérapeutes suisses sur la question de l'interdisciplinarité dans un hôpital psychiatrique genevois. Cette réflexion vaut aussi pour d'autres services en Suisse comme ailleurs.
A.L. Delzenne et C. Bernier, L'expérience de l'interdisciplinarité : une application au quotidien, Actes du colloque Ergo 2000, ANFE, 2001, p. 90.

- *à l'équipe (acteurs et garants d'une cohérence de soins) ».*

Une fois assurés les « prérequis », un véritable travail en équipe peut débuter sur la base d'un projet de soins cohérent. Le patient, les soignants, le système de soins sont susceptibles d'en tirer un réel bénéfice en terme d'efficacité. Comment l'interdisciplinarité s'opère telle concrètement ? Comment est vécue la prise en charge d'un patient par un membre d'une équipe interdisciplinaire ?

« La pluridisciplinarité ne doit pas être la seule conséquence de la rencontre de hasard autour du patient. Elle doit être la volonté de chacun des intervenants, ayant compris qu'il n'est qu'un élément de l'ensemble de l'équipe et que son savoir spécifique doit être au service des autres. Nous pouvons alors préférer le mot « interdisciplinarité » au mot « pluridisciplinarité.[37] *»*

L'interdisciplinarité n'est possible que si les professionnels prennent conscience et comprennent l'importance de ces interactions entre disciplines dans le but de rendre service au patient. L'auteur choisit un exemple :

« Prenons l'exemple de l'écriture : même s'il devient clair pour tous que l'écriture c'est à la fois le graphisme et le langage écrit, on s'aperçoit le plus souvent que l'ergothérapeute (ou le psychomotricien), avec l'intention d'aborder le graphisme, fait faire au patient son courrier, donc l'oblige à trouver des idées, des mots, à en rechercher l'orthographe...(= orthophonie). Dans le même temps, on s'aperçoit que l'orthophoniste, pour travailler le langage écrit, fait écrire son patient sans se soucier du trouble du graphisme.

Le fait de travailler en bonne intelligence, de coopérer entre thérapeutes, peut éviter ce genre d'erreurs dont le patient est toujours la victime. »

Alors que pour certains thérapeutes qui s'occupent d'un même patient, des échanges sur les différentes manières de prise en charge semblent évidents, pour d'autres, cette démarche paraît illusoire ou superflue car portant atteinte à leur spécificité professionnelle. Pourtant l'auteur ajoute :

« L'orthophonie se présente comme une technique de la communication au service du traumatisé crânien pour faciliter sa restructuration ; pourtant toute l'équipe autour du patient est concernée par la communication qui s'établit ou se rétablit ; chacun avec une

---

[37] O. Deal, l'orthophonie dans un service de traumatisés crâniens adultes, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°3, 1985, p. 89.
O. Deal est orthophoniste. Elle prend position pour l'interdisciplinarité. Le fait que son article paraisse dans le Journal d'Ergothérapie est symptomatique d'une volonté d'ouverture.

technique qui lui est propre, à laquelle il doit rester très attaché et par laquelle une relation constructive s'établit. »

Ce témoignage ne soulève pas la question de la personne qui serait éventuellement à l'origine de cette « relation constructive » (nous pensons à un coordonnateur), à l'équivalent d'un chef d'équipe qui s'engagerait à stimuler les relations interprofessionnelles au sein d'un service. En fait, l'auteur table tout bonnement sur l'engagement, sur le sens des responsabilités de chacun des professionnels de la santé impliqué dans l'équipe dans l'intérêt du patient. Plus que la juxtaposition des disciplines (situation courante de la pluridisciplinarité) O. Deal préconise donc le travail en commun (situation plus exceptionnelle de l'interdisciplinarité) dans un projet de soin plus global.

L'interdisciplinarité n'est donc pas une démarche vide de sens pour ses défenseurs mais elle prend l'allure d'un projet si les membres de l'équipe acceptent de collaborer :

« La démarche interdisciplinaire entraîne une interpénétration des différents champs disciplinaires nécessitant des échanges sur le plan du savoir, des pratiques et des points de vue. Il s'agit d'un système dynamique dans lequel chacun accepte et reconnaît l'autre et où les transformations permettent l 'évolution. Cette dynamique est un facteur de renouvellement d'un projet. (...) Chaque professionnel est consulté et prend part activement à l'évaluation et à l'élaboration du projet. (...) Son savoir est considéré et utilisé.[38] *»*

Mais dans un tel contexte d'ouverture les professions gardent-elles leur autonomie, leurs domaines de compétences propres? Dans une équipe pluridisciplinaire le professionnel ne se sent-il pas renforcé dans ses qualités, dans ses compétences, dans son pouvoir d'expertise contrairement à l'équipe interdisciplinaire? Conscient de maîtriser une spécialité, il peut mieux s'affirmer face aux autres professionnels:

« Par ailleurs, le professionnel se sent valorisé, reconnu par l'équipe multidisciplinaire après avoir réussi un acte thérapeutique. La communication, le partage d'informations à propos d'un « cas » sortent l'intervenant de son isolement, lui permettant d'évacuer ses tensions, ses angoisses relatives à la relation de face à face qu'il vit avec l'usager et sa famille et d'exprimer ses interrogations.[39] *»*

Dans cette situation une certaine autonomie professionnelle est préservée. Celle-ci n'est-elle pas recherchée par les ergothérapeutes ? Prenons l'exemple d'une équipe de soins à

---

[38] B. Goullet de Rugy, La démarche interdisciplinaire : rêve, cauchemar ou possibilité ?, Expériences en ergothérapie, Sauramps Médical, N°4, 1998, p. 44.
B. Goullet de Rugy est ergothérapeute-cadre et coordonnateur d'une ESVAD.

[39] C. Hollenstein, La féminin pluriel, De l'autonomie, de qui s'agit-il ?, Strasbourg 2, Diplôme universitaire de responsable de formation, Université Marc Bloch, 1999, p. 188.
C. Hollenstein est ergothérapeute.

domicile. Cette équipe, à l'origine, a une vocation pluridisciplinaire[40], mais ne vise-t-elle pas à terme un fonctionnement interdisciplinaire ? Sachant les ergothérapeutes très attachés à la prise en compte de la personne dans une démarche globale, nous les classons naturellement parmi les partisans au moins de la pluridisciplinarité sinon de l'interdisciplinarité. De par leur formation pluridisciplinaire, de par leur sens de la collaboration et de par leur attachement au contact humain (voir résultats de l'enquête), les ergothérapeutes reconnaissent qu'ils ont une place à prendre dans les équipes de maintien à domicile. Ce qui paraît être un handicap, la formation éclectique, est aperçu comme un avantage par beaucoup d'entre eux au sein de ces équipes. N'ont-ils pas une prédisposition à la démarche pluridisciplinaire et interdisciplinaire ? Nous avons vu que l'ergothérapeute joue un rôle important dans les équipes de maintien à domicile types ESVAD ou SRAI et qu'il est souvent appelé à remplir des fonctions de chargé d'insertion (ESVAD), de technicien d'insertion (SRAI) et voire de coordonnateur. En effet, l'ergothérapeute n'est-il pas la personne appropriée pour cette fonction de coordonnateur ? En tout cas certains le pensent :

« Dans le domaine de la réinsertion, l'ergothérapeute qui travaille dans une structure de soins, trouve sa place dans l'institution et le lieu de vie. Il a pour rôle de vérifier que les possibilités acquises dans le milieu protégé sont applicables dans le domicile de la personne handicapée. Il va donc mettre en place des programmes de réadaptation et d'aménagement de l'environnement pour favoriser l'intégration de la personne (architecture, aides techniques...). L'apport de moyens matériels ne suffit pas toujours pour permettre un retour à domicile, il faut faire souvent appel à des moyens humains et financier.

Cet acteur est donc conduit à tenir compte des compétences des autres professions de la structure (institution hospitalière) et intervenants sur le territoire (domicile). Son action s'effectue dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire car en aucun cas, il ne peut à lui seul réaliser l'intégration d'une personne handicapée.[41] »

Ces auteurs soulignent qu'en matière de réinsertion l'ergothérapeute serait la bonne personne. Elle seule serait capable de mesurer les difficultés de la personne handicapée à s'insérer. Mais les auteurs conditionnent l'efficacité de l'intervention au « respect d'un certain nombre de principes » dont l'une est de créer une « dynamique de communication »

---

[40] Cette pluridisciplinarité dans une équipe de soins à domicile est très discutable car un intervenant a pour seule et unique tâche de pratiquer des soins qu'il aura jugé nécessaire de réaliser en liaison avec le coordonnateur et le médecin prescripteur sans pour autant en référer à ses collègues.

[41] Y. Campillo, M. Le Sommer, N. Mindren, L'ergothérapeute dans une dynamique de communication interprofessionnelle ; des enjeux, une méthode, un rôle, Expériences en Ergothérapie, Masson, N°4, 1991, p. 37.
Y. Campillo est coordonnateur. M. Le Sommer est médecin de santé publique. N. Mindren est ergothérapeute.
Ils évoquent le rôle du coordonnateur dans le domaine de la réinsertion de la personne handicapée.

entre les intervenants en vue « d'un objectif commun ». S'y greffe une « démarche de coordination » qui s'appuie sur plusieurs étapes telles que :

- l'analyse du besoin de la personne
- l'analyse des moyens
- la concertation
- la mise en place
- l'évaluation.

En somme, les auteurs plaident pour un type de poste pour les ergothérapeutes, à la frontière entre l'institution et le domicile. Encore une fois, une situation précise (la réinsertion d'une personne handicapée) exige que l'ergothérapeute s'appuie ses spécialités pour peut-être mieux les dépasser en acceptant un poste de coordonnateur. Hors des structures institutionnelles l'ergothérapeute libéral a-t-il la possibilité de s'engager de la même façon ? Saura-t-il constituer le réseau nécessaire pour exercer complètement sa profession dans les conditions identiques à celles qui sont assurées par des équipes d'intervention à domicile déjà en place ?

Pour terminer ce point il serait intéressant de s'arrêter sur la pratique de l'exercice libéral au domicile du patient. Pour beaucoup d'ergothérapeutes, l'exercice libéral les libèrerait des contraintes de l'institution et les conduirait réellement à exprimer leur art dans les domaines de la rééducation et surtout en réadaptation. Le domicile serait ce lieu où l'ergothérapeute pratiquerait le mieux. Pourtant le défi est d'importance, face à sa faible notoriété l'ergothérapeute est obligé d'informer les premiers concernés (les médecins prescripteurs) de son existence. Ensuite c'est au tour des patients (ou clients) potentiels auxquels l'ergothérapeute doit s'adresser et les convaincre de l'utilité de ses interventions. Il faut aussi savoir compter sur des futurs collaborateurs (professionnels de santé, du secteur social, etc.). En quittant le statut de salarié en institution l'ergothérapeute libéral s'engage dans un mode d'exercice nouveau non sans difficultés :

« Six années de prise en charge en ergothérapie à domicile dans le cadre d'un mode d'exercice libéral m'ont amené progressivement à revoir l'idéal de l'intervention de l'ergothérapeute sur le lieu de vie du client, patient ou malade. (...)

L'obligation de résultat, sous-tendue par le mode d'exercice libéral (le patient paye de sa poche, la prescription se compte en un nombre limité de séances sur un temps limité), ne fait alors que favoriser l'inadéquation du domicile à la prise en charge.[42] »

---

[42] B. Carlino, Le domicile remis en question : 5 ans d'exercice libéral, Expériences en ergothérapie, Sauramps Médical, N°5, 1999, p. 271 et 277.

D'après l'auteur le domicile représente globalement de moins bonnes conditions de prise en charge que l'atelier d'ergothérapie en institution. La télévision allumée, la présence d'un tiers ou d'animaux domestiques dans la même pièce peuvent perturber le bon déroulement de la séance par exemple. De plus, compte tenu du coût de la prise en charge (les séances ne sont pas remboursées) l'ergothérapeute se doit d'être « efficace ». Or, il faut une « vingtaine de séances pour arriver à saisir les réels besoins et souhaits du patient ». La pratique de l'ergothérapie en fonction des pathologies s'inscrit dans le temps. Dans une prise en charge en libéral, l'ergothérapeute aurait en théorie une meilleure maîtrise de ce temps et donc une meilleure « prise » sur la thérapie.

Mais l'ergothérapeute libéral n'est-il pas soumis à un impératif économique qui le bloque dans sa démarche thérapeutique ? Combien de séances faut-il pour sensibiliser le patient de l'intérêt d'aménager l'appartement pour une accessibilité plus grande le sachant bien ancré dans ses habitudes ? Et dans une perspective d'aménagement du domicile et d'aide à domicile, l'ergothérapeute libéral n'entre-t-il pas en concurrence avec des structures d'aides et de soutien à domicile déjà éprouvées ?

Que ce soit en institution, en extra-hospitalier ou en libéral, la position de l'ergothérapeute n'est pas fixée une fois pour toute, au contraire elle est plutôt fragile ou fragilisée par :

- un champ de compétences pas suffisamment défini
- une concurrence exercée par d'autres professions paramédicales sur de nouvelles positions professionnelles dans les structures d'intervention à domicile et dans les institutions traditionnelles
- un statut de libéral insuffisamment reconnu.

N'est-ce pas aux ergothérapeutes de faire la démonstration, sur le terrain, au patient en premier, aux éventuels collaborateurs ensuite et à l'administration en dernier, de ses larges capacités d'intervention en rééducation ou en réadaptation ?

Car dans le domaine du maintien à domicile des personnes âgées par exemple de nouveaux métiers apparaissent, ils proposent leur service :

« Pourtant les débouchés en gérontologie devraient se révéler nombreux et intéressants dans les années à venir. Il ne tient qu'à nous, assistants de service social, de développer nos compétences dans ce secteur prometteur et de tenir notre place face aux*

B. Carlino est ergothérapeute installé en libéral.

ambitions d'autres métiers, déjà présents et offensifs comme les infirmiers et les conseillères en économie sociale et familiale...[43] »

* Il s'agit plus communément de la personne dénommée « aide à domicile » qui est chargée d'un rôle de coordination et d'accompagnement dans des démarches diverses entre les différents partenaires professionnels (médecin, infirmier, aide ménagère), l'assistant social étant chargé de superviser l'action de « l'aide à domicile ». Pour occuper les fonctions « d'aide à domicile » il est nécessaire d'être titulaire du Cafad (Certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile).

Le ton est donné, l'avenir d'une profession dépend de la façon dont ses représentants font valoir leur degré de compétence. Ce n'est pas seulement une question de titre ou de diplôme mais de capacité à se mobiliser au moment où des « opportunités professionnelles » se présentent.

[43] M. Buet, Profession : Domicile, Revue française de service social, 1996, 1° trimestre, p. 67.

CHAPITRE IV

L'ERGOTHERAPIE, UNE PROFESSION DEFINITIVEMENT CLASSEE ?

L'ergothérapie fait partie d'un ensemble de disciplines qui ont pour vocation d'assurer des soins à des patients. Dans le monde médical les ergothérapeutes sont, au même titre que les infirmiers ou les kinésithérapeutes par exemple, des auxiliaires médicaux, ils assistent les médecins dans leur travail de soignant. En effet, les médecins et les auxiliaires médicaux n'ont pas les mêmes attributions ni les mêmes qualifications, et à ce titre les médecins tiennent à maintenir un certain monopole de la décision, de la prescription. Il s'installe donc une forme de hiérarchisation dans le monde de la santé avec une distribution des positions selon un premier critère qui est celui de la qualification. Les statisticiens de l'INSEE ont effectivement retenu ce critère parmi d'autres pour marquer la distinction entre les professions médicales et les professions paramédicales. Une distinction dont la traduction est la classification par PCS et que certains observateurs interprètent comme une distribution inégale de positions professionnelles.

1. LES LIMITES DE LA CLASSIFICATION EN PCS

La profession est une notion-clé dans notre développement. Il est donc utile d'y revenir à travers une problématique qui met en avant le caractère inégalitaire qui régit tout rapport entre professions. De plus, classer les professions n'est pas un acte sans conséquence dans la mesure où la classification tend à figer les positions.

1.1. La classification par PCS est d'abord une construction statistique

Dans leur volonté de décrire la population active et la société en général les statisticiens de l'INSEE ont inventé le concept de profession ou plutôt de PCS (Professions et catégories socioprofessionnelles). Le statisticien de l'INSEE, par souci d'objectivité, utilise des critères de construction de ces professions en l'occurrence le statut, la qualification, le diplôme, le secteur d'activité, le métier, etc. Des critères qui paraissent anodins mais qui sous-tendent une forme de hiérarchisation. La liste des PCS telle qu'elle est présentée de 1 à 6 fait état d'une différenciation en terme de statut certes mais elle symbolise aussi une échelle de prestige :

1. Agriculteurs exploitants
2. Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions intermédiaires
5. Employés
6. Ouvriers

Exceptées les PCS 1 et 2 qui correspondent aux professions indépendantes et donc non-salariés les PCS 3, 4, 5 et 6 représentent une division hiérarchisée des actifs salariés. Le statisticien animé par un souci de neutralité n'évite toutefois pas la classification hiérarchique. Il peut multiplier le nombre de critères qui classent les actifs il apparaîtra toujours plus ou moins une représentation en strates. L'intention des concepteurs des PCS n'était certainement pas de classer mais de catégoriser la population en « groupes homogènes incluant des individus ayant des caractéristiques communes ». Envisageaient-ils en élaborant les PCS de rompre avec la lecture marxiste de la société qui propose une division de la société en deux

classes sociales (la bourgeoisie et le prolétariat) aux intérêts économiques fondamentalement antagonistes ? Nous répondrons par l'affirmative. Pour autant la nomenclature des PCS n'est pas une simple classification statistique :

« Les individus qui appartiennent à une même PCS sont présumés pouvoir entretenir des relations entre elles, avoir des comportements et des opinions proches, se considérer comme appartenant à une même catégorie et être considérées comme telle par les autres.[1] »

Les membres d'une PCS entretiennent-ils d'une certaine manière, à l'identique des membres d'une classe sociale au sens de Marx, une conscience commune ? Ici la réponse n'est pas aussi tranchée car il ne suffit pas d'être réuni dans une même PCS à partir de traits communs pour que les membres de cette PCS aient finalement conscience d'appartenir à une unité homogène. La différence entre une PCS et une classe sociale au sens de Marx réside dans la prise de conscience d'appartenir à un même groupe. Le groupe et la classe se confondent à partir du moment où les membres du groupe découvrent qu'ils ont une lutte à mener contre une autre classe. Donc l'homogénéité d'une PCS n'est pas avérée d'autant qu'à l'intérieur d'une PCS on dénombre des « sous PCS » c'est-à-dire des « sous catégories ». Prenons l'exemple de la PCS 4 dont font partie les ergothérapeutes :

Tableau 1 : La PCS 4 et ses subdivisions

PCS	« Sous PCS »	PCS 43 détaillée
		Cadres infirmiers et assimilés
		Infirmiers psychiatriques
		Puéricultrices
	42. Instituteurs et assimilés	Infirmiers spécialisés
	43. Professions intermédiaires de santé et du travail social	Infirmiers en soins généraux salariés
	44. Clergé, religieux	Infirmiers libéraux
4. Professions intermédiaires	45. Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	Sages-femmes (libérales ou salariés)
	46. Professions intermédiaires administratives et commerciales d'entreprises	**43.22 Spécialistes de la rééducation et diététiciens, salariés**
	47. Techniciens	Spécialistes de la rééducation et pédicures, libéraux

[1] D. Derivay, Dictionnaire de sociologie, Paris, Larousse-Bordas/ HER, 1999, p. 24.

	48. Contremaîtres, agents de maîtrise	Techniciens médicaux
		Spécialistes de l'appareillage médical, salariés
		Spécialistes de l'appareillage médical, indépendants
		Préparateurs en pharmacie
		Assistante sociale
		Educateurs spécialisés
		Animateurs socio-culturels et de loisirs
		Conseillers familiaux

Source : INSEE

Les divisions en « sous catégories » relativisent le caractère homogène d'une PCS. De plus, s'agissant de la PCS 4 « détaillée » (PCS 43.22), la profession d'ergothérapeute n'est pas formellement mentionnée, elle est incluse avec d'autres professions de la rééducation comme les kinésithérapeutes, les psychomotriciens ou les orthophonistes dans les « spécialistes de la rééducation et diététiciens, salariés ». Le recueil qui évoque en détail la nomenclature des PCS (édité par l'INSEE) indique que :

« La PCS 43.22 regroupe des professionnels diplômés salariés. Ils exercent des activités thérapeutiques de rééducation (motricité, langage, vision) sur prescription médicale, ainsi éventuellement que des soins hygiéniques ou esthétiques.[2] *»*

Le monde des « professions intermédiaires » est diversifié et plus particulièrement celui des « professions intermédiaires de santé et du travail social ». Le détail des « professions intermédiaires de la santé et du travail social » montre que par définition elles se situent à l'intermédiaire entre les Cadres (PCS 3) et les Employés (PCS 5) et que par conséquent il est difficile d'y déceler une complète homogénéité. D'ailleurs un « cadre infirmier et assimilé » n'est-il pas plus proche des « cadres de la fonction publique » (PCS 3) que des « professions intermédiaires de santé et du travail social » (PCS 4)? Une interprétation identique est à mener à l'égard des « infirmiers libéraux », n'ont-ils pas un statut qui coïncide avec celui des « professions libérales » (PCS 3) ? D'autres professions issues de la PCS 4 n'entretiennent-elles pas des similitudes avec des professions appartenant à la PCS 5 (Employés) du point de vue du revenu, des responsabilités, etc ? La classification par PCS est un outil important pour décrire la structure de la société mais offre-t-elle encore

[2] Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles, INSEE, 1994.

une représentation pertinente de celle-ci? N'a-t-elle pas le désavantage de restituer une image figée de la société ? Ne sommes-nous pas en présence d'une construction artificielle ?

1.2. Les enjeux liés à la classification par PCS

La contribution de P. Bourdieu à notre réflexion s'avère utile ici. Il nous rend attentif à ne pas tomber dans un certain confort intellectuel en utilisant des catégories préconstruites (dont la division en PCS) pour les besoins de la démonstration. Ne doutons pas que les statisticiens de l'INSEE n'ignorent pas les enjeux sociaux qui gravitent autour de toute élaboration d'une classification. Cette dernière participe sans nul doute à l'édification des représentations des agents sur leur propre situation professionnelle :

« La classification est donc un levier d'action important dans l'analyse du travail et l'identification des contenus d'emplois. (...)

La classification est l'un des éléments susceptibles de faire une utilisation directe et concrète des descriptions d'emploi.[3] »

Il se cache bien des enjeux derrière les classifications professionnelles en terme de gestion des carrières, de rémunération, de qualification, bref en terme de positionnement des professions les unes par rapport aux autres. Mais du moment qu'il y a constitution d'une classification, les rapports professionnels ne sont-ils pas définitivement cloisonnés ? Dès lors, faut-il encore attendre des négociations et des luttes dans le monde du travail des bouleversements importants en matière de mobilité professionnelle? En raison de cette classification les rapports professionnels ne sont-ils pas établis par avance ?

Pour P. Bourdieu, la classification structure les catégories de perception des agents, leur capacité à classer justement. Le caractère objectif d'une catégorisation en PCS ne doit pas écarter l'idée que les membres de cette PCS sont susceptibles d'entretenir des perceptions communes sur les conditions de leur situation professionnelle. Dans la réalité, les membres d'une PCS ne sont-ils finalement pas autre chose qu'une juxtaposition d'individus ? La classification par PCS ne marque-t-elle pas le point de départ de la mobilisation possible d'individus appartenant à une même PCS autour de mêmes intérêts ?

A la différence de certains individus (comme le montre L. Boltanski[4]) qui se réclament appartenir à la catégorie des Cadres (en tant que PCS) les ergothérapeutes, eux, ne revendiquent pas une quelconque appartenance aux « professions intermédiaires », ni se

[3] P. Denimal, Les classifications professionnelles, Paris, PUF, 1996, p. 22.
[4] L. Boltanski, Les cadres, Paris, Minuit, 1982.

disent attacher aux « professions intermédiaires de santé et du travail social », ils s'attribuent encore moins une étiquette de « spécialistes de la rééducation et diététiciens, salariés ». Les ergothérapeutes ont-ils le sentiment d'appartenir à une PCS, alors que la classification en PCS ne les évoque pas nommément ? En incluant les ergothérapeutes dans les « spécialistes de la rééducation » n'est-ce pas réduire l'ergothérapie à la seule pratique de la « rééducation » alors que cette profession recouvre bien d'autres aspects ? N'aurait-il pas fallu de la part des statisticiens de l'INSEE créer une PCS (détaillée) « ergothérapeute » séparée des autres disciplines à l'identique des « assistantes sociales », les « sages femmes » ou les « éducateurs spécialisés » ? Le découpage en PCS contient une limite conceptuelle : il ne peut restituer totalement la réalité des professions dans leur définition. La PCS « professions intermédiaires » est donc une construction artificielle dont les concepteurs ont omis nommément l'existence des ergothérapeutes. Le statisticien en créant la PCS « professions intermédiaires de santé et du travail social », voire les « spécialistes de la rééducation et diététiciens, salariés » veut-il ignorer la grande diversité qui règne dans ce groupe ? :

« C'est la tentation à laquelle succombe parfois l'histoire quantitative, trop pressée d'obtenir coûte que coûte et, le plus souvent, au prix de manipulations diverses, des séries statistiques homogènes. Ou, à l'opposé, faire comme si l'existence du groupe datait du jour où est institué le nom qui le désigne en propre et où se sont forgés les instruments de sa présentation et de son dénombrement.[5] »

Il y a une apparente cohérence que la statistique désire se donner à elle-même. Mais le travail de production de ces catégories ignore la réalité des relations qui préexistent entre différentes professions paramédicales et n'anticipent pas sur les enjeux sociaux qu'il est en train de créer. Il existe bien des enjeux derrière les classifications professionnelles en terme de gestion des carrières, de rémunération, de qualification, bref en terme de positionnement des professions les unes par rapport aux autres. Alors que la société bouge, que le monde du travail (l'univers professionnel) est en constante évolution d'autres approches en terme d'appartenance professionnelle méritent d'être examinées.

[5] L. Boltanski, ibid, p. 51.

2. RAPPORTS DE LUTTE ET RAPPORTS DE DOMINATION

Il est important de partir de l'hypothèse qu'il existe des inégalités entre les individus qui composent une société pour ensuite avancer l'idée non pas d'une lutte de classes telle que le conçoit K. Marx mais de la permanence de rapports de domination entre classes. P. Bourdieu s'inscrit dans cette dernière approche, il reprend la classification par PCS, uniquement pour asseoir sa démonstration sur la distribution des positions dans l'espace social.

2.1. Les inégalités dans la distribution des positions

Dans le cadre de notre recherche, notre analyse porte essentiellement sur le champ professionnel qui est un révélateur des inégalités qui existent dans le champ social dans sa globalité. P. Bourdieu renonce à la lutte des classes pour son réductionnisme et récuse la classification en professions et catégories socioprofessionnelles pour son manque de réalisme[6]. Sans pour autant écarter l'idée d'une société sans classes, P. Bourdieu s'oriente vers une réflexion qui intègre le concept de classe mais en rapport avec une société qui s'est largement complexifiée. Dans la conception marxiste les rapports de classes sont déterminés par l'inégale répartition des richesses. La possession ou la non-possession des moyens de production, donc des richesses, éveille des intérêts de classe antagonistes qui débouchent sur la lutte des classes. P. Bourdieu considère que l'économie n'est pas le seul déterminant des rapports de classes au sein de la société. Au-delà de l'inégalité de la distribution de richesses il y a une inégalité d'accès à des positions plus prestigieuses, plus valorisantes au statut plus élevé. Selon P. Bourdieu les inégalités ne se posent pas seulement en terme de richesses possédées ce qu'il appelle le capital économique[7] mais aussi en terme de capital culturel[8] (les diplômes, les titres scolaires et universitaires) et/ou symbolique (prestige, réputation, renommée en lien avec la possession de diplômes et de titres) dont sont plus ou moins dotés

---

[6] L'erreur selon P. Bourdieu serait de tomber dans l'objectivisme pour décrire la société en choisissant des critères objectifs tels qu'ils sont utilisés pour constituer les PCS. Ainsi la classification qui émane de la nomenclature des PCS est proprement rigoureuse et peu contestable puisqu'elle s'appuie sur des outils eux-mêmes incontestables. Mais l'inconvénient est que cette approche donne une vision fausse de la réalité sociale.

[7] C'est un type de capital qui renvoie à la rémunération individuelle (le salaire par exemple pour les personnes salariées, les honoraires pour les professions installées en libéral), à la possession matérielle.

[8] Dans le cas des professions paramédicales nous pouvons évoquer aussi la notion de capital symbolique au regard non seulement des titres scolaires que possèdent les professionnels (diplôme d'Etat) mais aussi par rapport aux compétences reconnues par l'administration (le décret d'actes).

les agents. En somme les mécanismes de domination voire de luttes se propageraient entre agents ayant des dotations en capital différentes.

Des représentations différentes de la structure sociale

K. MARX	P. BOURDIEU
Inégalités sociales et économiques	Inégalités sociales et économiques
↓	↓
Possession ou non possession des moyens de production (de richesses)	Possession ou non possession du capital économique et du capital culturel
↓	↓
Luttes des classes	Lutte pour de nouvelles positions

Le découpage de la société en PCS n'est qu'un instrument parmi d'autres au service de la démonstration. Dans « La distinction [9]» P. Bourdieu utilise les catégories socioprofessionnelles à des fins démonstratives. Les ouvriers et les employés (que P. Bourdieu désigne par les « classes populaires » ou les « catégories populaires ») par exemple sont moins dotés en capital économique et en capital culturel que les professions libérales ou les cadres (qui sont plutôt désignés comme les « classes dominantes » ou la « bourgeoisie »). P. Bourdieu rapproche ainsi les « classements objectifs » (les PCS) avec les « conditions matérielles d'existence ». Ces deux aspects ne sont pas antinomiques, ils se complètent plutôt.

2.2. Construction statistique et représentation

S'arrêter à des catégorisations telles qu'elles sont proposées par l'INSEE comporte un risque pour l'observateur, celui de se contenter de cette classification en groupe social pour interpréter la société :

« Quelque chose comme une classe ou, plus généralement, un groupe mobilisé par et pour la défense de ses intérêts, ne peut advenir à l'existence qu'au prix et au terme d'un

[9] P. Bourdieu, La distinction, Paris, Minuit, 1979.

travail collectif de construction inséparablement théorique et pratique ; mais tous les groupements sociaux ne sont également probables, et cet artefact social qu'est toujours un groupe social a d'autant plus de chance d'exister et de subsister durablement que les agents qui se rassemblent pour le constituer étaient déjà plus proches dans l'espace social (c'est vrai aussi d'une unité fondée sur une relation affective d'amour ou d'amitié, qu'elles soit ou non sanctionnée socialement). Autrement dit, le travail symbolique de constitution ou de consécration qui est nécessaire pour créer un groupe uni (imposition de noms, de sigles, de signes de ralliement, manifestations publiques, etc.) a d'autant plus de chances de réussir que les agents sociaux sur lesquels il s'exerce sont plus enclins, du fait de leur proximité dans l'espace des positions sociales et aussi des dispositions et des intérêts associés à ces positions, à se reconnaître dans un même projet (politique ou autre).[10] »

La classification par PCS n'est donc pas neutre elle organise les systèmes de pensée et d'interprétation du monde professionnel. Cette classification donne l'impression d'une homogénéité de façade : une politique sociale visant par exemple à instaurer la réforme des statuts des professions paramédicales par le biais du décret d'actes paraît à priori aisée puisqu'elles appartiennent à la même PCS (en l'occurrence la PCS 43). Or la réalité est toute différente car les professions paramédicales ont pris la mesure de la divergence de leurs intérêts respectifs. Selon le niveau de capital possédé (au sens de P. Bourdieu) les oppositions sont plus ou moins âpres. Compte tenu de leur capital culturel et symbolique[11] et de leur poids démographique les infirmiers ne possèdent-ils pas un avantage sur les autres professions paramédicales. Les conditions d'attribution de tel élément de reconnaissance à l'égard d'une profession (obtenir une nomenclature des actes pour avoir des facilités d'exercer en libéral par exemple) ne sont-elles pas le résultat d'un effet de domination d'une profession sur une autre.

Dans le monde paramédical, chaque profession s'est dotée d'une ou plusieurs instances de représentation, l'ANFE pour les ergothérapeutes par exemple. Le monde paramédical est comparé alors à un champ professionnel où chaque agent ou groupe d'agents entrent en lutte avec les autres pour obtenir les meilleures positions ou des positions égales.

---

[10] P. Bourdieu, Raisons pratiques, Paris, Seuil, 1994, p.55.

[11] Les infirmiers ont une histoire qui leur confère une légitimité plus grande que n'importe quelle autre profession paramédicale.

3. DEPASSER LA CLASSIFICATION EN PCS

La classification par PCS ne restitue pas suffisamment la réalité des rapports entre les professions. Alors que le concept de champ paraît mieux se prêter à l'analyse de ces rapports. Le champ professionnel représente cet espace où les professions entrent dans une forme de concurrence. L'administration dans son intention d'arbitrer et de réguler le champ professionnel va au contraire accentuer les oppositions à l'intérieur de celui-ci.

3.1. La légitimité de chacun des agents qui composent le champ

Les représentations des ergothérapeutes à l'intérieur de l'espace professionnel ont été façonnées de telle sorte à ce qu'ils emploient des expressions qui traduisent les tensions qui s'y expriment[12] :

« Les ergothérapeutes sont concurrencés par les médecins et les autres professions paramédicales dans des domaines intéressants de la profession comme la réadaptation, le conseil, les orthèses. »

(Femme, 38 ans, 15 ans d'ancienneté)

« Avoir un statut plus précis où l'on reconnaît l'ergothérapeute à son juste niveau de responsabilité pour que celui-ci soit plus autonome dans l'organisation de son travail.

Avoir la possibilité de travailler en libéral, principalement avec les services de suivi de soins à domicile (personnes âgées surtout).

Pouvoir travailler avec les patients en consultation externe (type kinésithérapeute ou orthophoniste en libéral) ou au sein de l'hôpital. »

(Femme, 35 ans, 14 ans d'ancienneté)

« Profession trop mal définie, trop mal reconnue par le corps médical et par les autres paramédicaux. Pas de nomenclature équivaut à pas de reconnaissance. L'avenir me paraît pour l'instant sans débouchés professionnels suffisants. »

(Femme, 53 ans, 17 ans d'ancienneté)

Les réponses apportées par ces ergothérapeutes reflètent un état des rapports de force dans l'espace professionnel. On devine à travers celles-ci les différents agents impliqués dans cet espace tels que :

---

[12] Réponses à la question 34 portant sur *« l'avenir de la profession d'ergothérapeute »*.

- l'administration, institution qui seule peut débloquer les moyens supplémentaires pour engager plus d'ergothérapeutes et qui accordent les autorisations nécessaires pour exercer en libéral
- les professions médicales qui sont chargées de prescrire des actes ergothérapiques
- les autres professions paramédicales qui sont en quelque sorte des concurrents directs ou indirects selon leur domaine d'intervention thérapeutique.

Les positions occupées par ces agents dans l'espace professionnel déterminent les prises de position des ergothérapeutes interrogés, espace qui prend le caractère d'un champ en raison des luttes qui s'y développent. Ces prises de position sont le reflet de la manière dont est structuré le champ. Chaque agent est doté d'un niveau de capital qui lui confère une légitimité propre à imposer sa stratégie, sa règle du jeu. Dans une échelle hiérarchique symbolique c'est l'administration qui détient le degré de légitimité le plus important suivi ensuite par les médecins puis par les autres professions paramédicales. L'administration détient une position légitime de par son histoire, de par les agents qui la composent (diplômés d'un concours de la fonction publique) et de par son caractère impartial (au-dessus des professions et des clivages professionnels), mais son rôle d'arbitre et de régulateur lui amène à faire des choix qui peuvent avantager l'une ou l'autre composante du champ. Le degré de légitimité des médecins trouve d'abord son origine dans la classification en PCS de l'INSEE qui leur donne le titre de Cadres et professions intellectuelles supérieures, de plus ils sont dotés d'un capital économique, culturel et symbolique important leur octroyant un ascendant dans les luttes pour maintenir des positions. Plus en retrait nous découvrons les professions paramédicales dont le niveau de légitimité est fonction, là aussi, des critères avancés par l'INSEE et du niveau de capital possédé.

Tableau 2 : Le degré de légitimité dans les rapports de force

	PCS concernées	Capital économique, culturel et symbolique
Administration	Cadres et professions intellectuelles supérieures, Professions intermédiaires et Employés	+ + +
Médecins	Cadres et professions intellectuelles supérieures	+ +
Professions paramédicales	Professions intermédiaires	+

Dans le champ professionnel les relations objectives entre professions sont le produit de la classification induite par les PCS et le niveau de capital détenu par les différents agents. C'est à dire que les positions et les prises de position des agents dans le champ professionnel sont uniquement le fait du poids des représentations qui sont le résultat de rapports sociaux (donc professionnels) largement construits. Un décret d'actes d'une profession paramédicale arrêté par l'administration influence nécessairement les représentations des agents. Alors que le champ des professions paramédicales a pris l'apparence d'une certaine uniformité par le contrôle administratif du recrutement (sur diplôme d'Etat) et de la formation (au sein des écoles paramédicales), par l'inscription de ces mêmes professions au sein de la PCS Professions intermédiaires, il ressort que des intérêts spécifiques s'y développent donnant lieu à des rapports d'opposition. Ceux-ci prennent la forme de luttes entre agents issus des différentes professions médicales et paramédicales, par ailleurs d'autres luttes possibles peuvent naître entre cette fois-ci des représentants des différentes professions et l'administration. Par contre, manifestations spectaculaires ou grèves ne constituent pas la trame habituelle de ces divisions, celles-ci s'apparentent plutôt à des rapports respectueux des règles du jeu dont on découvre des éléments dans les discours des ergothérapeutes et de leurs représentants :

« Le mode de pensée juridique qui fixe et qui durcit les différences objectives en les enracinant dans un système d'oppositions discrètes et dans un discours où le constat a pour fonction de reproduire les divisions qu'il objective et où les exemples sont choisis, comme dans la jurisprudence, pour leur valeur « exemplaire » (c'est à dire normative) est au principe de l'homologie entre le langage que la science sociale utilise souvent pour désigner les groupes et le langage employé, dans le champ des luttes sociales, par des agents eux-mêmes et, surtout, par leur porte-parole.[13] »

Les participants au champ professionnel tiennent-ils un discours convenu, en conformité avec ce qui est attendu ? Les porte-parole de chaque profession (président de l'ANFE ou délégués régionaux de l'ANFE par exemple) s'investissent, prennent des initiatives, développent un « argumentaire », en cela ils adhèrent et contribuent au fonctionnement et à la structuration du champ.

[13] Luc Boltanski, opus cit, p.256.

3.2. Règles du jeu et stratégies

Les prises de position des ergothérapeutes relèvent-elles d'une profession « installée » ou d'une profession consciente des enjeux et prête à bouleverser les règles du jeu ? Face aux médecins qui détiennent un prestige dû à leur cursus universitaire, les représentants des ergothérapeutes réclament à faire des études plus longues sur le modèle de leurs collègues afin, d'une certaine manière, de faire jeu égal. Les ergothérapeutes en France sont bien conscients du retard accumulé en matière de recherche au contraire des homologues américains ou canadiens. La recherche (la création d'un doctorat en ergothérapie par exemple) ne placerait-elle pas cette discipline à hauteur des professions médicales ? Ramener le capital culturel à un niveau (presque) équivalent de celui des médecins serait une révolution que ces derniers auraient du mal à accepter car ils tiennent à conserver leur position de dominant dans le champ. De son côté, l'administration, en tant qu'organisme régulateur, profitant de sa légitimité essaye de tempérer les ardeurs de ces professions en quête d'une nouvelle légitimité[14]. Tandis que les relations des ergothérapeutes avec les autres professions paramédicales varient au gré des circonstances. Depuis quelques années les professions paramédicales (en dehors des infirmiers) se sont réunies en association[15] pour mieux occuper le terrain face aux infirmiers. Ce type de stratégie d'alliance n'est pas surprenant s'agissant de professions possédant un capital proche. Dans ce type de conflit ouvert, c'est l'administration encore une fois (au vu de sa légitimité) qui doit trancher en faveur de l'une ou l'autre partie[16].

Dans le champ professionnel les victoires ne se mesurent pas seulement au niveau pratique (pratiques professionnelles) mais elles possèdent aussi un caractère symbolique en participant à la construction des représentations du monde professionnel. L'intervention de l'administration en faveur de telle ou telle profession paramédicale (obtenir la réactualisation d'un décret d'actes par exemple) sert non seulement à redéfinir le cadre de ses domaines d'intervention thérapeutique mais objective et institutionnalise un état des rapports professionnels. Une des fonctions de l'administration est de distribuer des titres, d'accorder des avantages matériels ou symboliques. Fort d'un supplément de capital symbolique, les agents reconsidèrent leur position dans le jeu et vont prétendre à d'autres titres grâce au

---

[14] C'est le cas par exemple des sages-femmes qui ont obtenu une rallonge de un an de leur cursus et qui formulent le souhait de pratiquer des examens gynécologiques en lieu et place des gynécologues attitrés.

[15] Il s'agit donc de l'UIPARM.

[16] Cette stratégie d'alliance s'est avérée « payante » puisque l'UIPARM a obtenu de la part de l'administration la création d'un diplôme de cadre de santé en 1995 ouvert à toutes les professions paramédicales qui donne au titulaire du diplôme la possibilité d'encadrer des services qui ne relèvent pas forcément de sa spécialité. Auparavant un ergothérapeute qui possédait le certificat de moniteur-cadre (dont la création date de 1980) ne pouvait encadrer que les ergothérapeutes, ce qui limitait les postes à pourvoir.

déploiement de nouvelles stratégies. Un espace des possibles s'est ouvert rompant avec la classification rigide et instituée que sont les PCS :

« Tout champ est le lieu d'une lutte plus ou moins déclarée pour la définition des principes légitimes de division du champ. La question de la légitimité surgit de la possibilité même de cette mise en question, de cette rupture avec la doxa qui accepte l'ordre ordinaire comme allant de soi. Cela dit, la force symbolique des parties engagées dans cette lutte n'est jamais complètement indépendante de leur position dans le jeu, même si le pouvoir proprement symbolique de nomination constitue une force relativement autonome par rapport aux autres formes de force sociale. Les contraintes de la nécessité inscrite dans la structure même des différents champs pèsent encore sur les luttes symboliques visant à conserver ou à transformer cette structure : le monde social est, pour une grande part, quelque chose que les agents font, à chaque moment ; mais ils n'ont de chances de le défaire et le refaire que sur la base d'une connaissance réaliste de ce qu'il est et de ce qu'ils peuvent sur lui en fonction de la position qu'ils y occupent.[17] »

Dans le monde des professions paramédicales les stratégies se multiplient pour se différencier, se démarquer et finalement s'imposer. Et toute l'histoire du champ professionnel est présente dans le discours des ergothérapeutes mais aussi de leurs représentants. Le contenu des différents Bulletins de Liaison de l'ANFE (la revue de l'association) est à la fois un appel à la vigilance et à la mobilisation des adhérents. Les prises de position des représentants sont le produit des luttes antérieures, présentes et à venir, le président ou d'autres cadres de l'association portent souvent la mémoire de l'association. Ce sont eux qui connaissent le mieux les rouages du jeu et les contraintes administratives et économiques qui se manifestent dans l'espace professionnel[18].

C'est l'administration qui détient le plus d'atouts donc de force symbolique et de légitimité dans cet espace. Les stratégies dont usent les agents issus des différentes professions paramédicales relèvent parfois de la subversion en raison des contraintes imposées par le champ. Mais cette subversion ne va pas jusqu'à bouleverser entièrement le

---

[17] P. Bourdieu, Espace social et genèse des classes, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 52/53, 1984, p. 8et 9.

[18] Quelle représentativité ont les ergothérapeutes dans les instances administratives officielles ?

« La légitimité d'une instance juridique de représentation dépendant de son aptitude à se faire connaître sa représentativité, la lutte politique entre instances différentes pour la captation d'un capital d'hommes a pour enjeu principal la position occupée sur une hiérarchie de la représentativité. »

(L. Boltanski, opus cit., p.134)

Il faut s'interroger sur l'influence réelle des ergothérapeutes au sein du Conseil supérieur des professions paramédicales (CSPP). Elle est plutôt une instance consultative qu'une instance de décisions. Ne faut-il pas plutôt s'appuyer sur des prises d'initiative des instances à caractère syndical comme l'UIPARM ou l'ANFE plutôt que de compter sur les propositions des représentants au sein du conseil pour faire avancer les dossiers ?

jeu, elle s'arrête à un certain stade. Autrement dit, les ergothérapeutes savent qu'il n'est pas dans leur intérêt de remettre en cause l'ordre des choses (une profession n'est pas une classe sociale au sens de Marx) mais qu'il faut faire preuve de réalisme pour obtenir des récompenses par d'autres moyens que la révolution.

3.3. L'administration prenant en compte les contraintes économiques

Outre les contraintes administratives qui commandent les positions et les prises de position des agents, les contraintes économiques pèsent aussi d'une certaine manière dans le fonctionnement du champ professionnel. La prise en charge des patients en France relève d'un vaste système de protection sociale qui draine un budget important (environ 30% du PIB). Malgré le caractère dirigiste[19] du système celui-ci accepte un secteur libéral, le principe est de donner la liberté au patient pour choisir le soignant et d'accorder la liberté de choix au soignant du lieu d'installation du cabinet médical. Le principe du remboursement des actes thérapeutiques assure au soignant installé en libéral une clientèle et donc un revenu. Sauf que toutes les professions paramédicales, dont les ergothérapeutes, ne bénéficient pas d'une nomenclature des actes, dispositif préalable à tout remboursement. Pas étonnant alors que les ergothérapeutes revendiquent un statut de libéral[20] pour pratiquer leur art à « armes égales » avec les autres professions de la santé conventionnées. La concurrence loyale est au prix d'une mise à plat et d'une égalisation des statuts. A partir du moment où les actes ergothérapiques sont remboursés par la caisse d'assurance maladie, la concurrence paraît effective entre professions paramédicales. Mais ce n'est peut-être pas le but recherché par l'administration que de transformer le service des soins en un vaste marché (conventionné). Craint-elle des dérapages en matière de prescriptions médicales[21] et donc une augmentation des dépenses de santé ? L'invocation par l'administration de l'évolution croissante des

---

[19] La « couverture maladie » s'appuie sur le principe du remboursement des frais de soins à partir des prélèvements (obligatoires), de cotisations prélevées auprès des actifs et des entreprises.

[20] Il faut toutefois rappeler le caractère paradoxal de ce statut de libéral en France, puisque d'un point de vue strict, une économie libérale signifie la liberté de fixation des prix garante d'une concurrence entre entreprises ou professions. Or le remboursement des actes sur la base d'un conventionnement du prix des actes avec la caisse d'assurance maladie donne à ce statut une connotation moins « libérale». En somme le marché de la santé est largement institutionnalisé et administré de par les interventions des pouvoirs publics.
Certains ergothérapeutes ont opté pour ce statut libéral mais en sachant que le soigné n'est pas remboursé sauf accord négocié (et donc exceptionnel) avec des caisses régionales d'assurance maladie ou des mutuelles.

[21] Un conventionnement des actes ergothérapiques aurait pour conséquence une augmentation des installations d'ergothérapeutes en libéral et donc une multiplication (par effet mécanique) des prescriptions de ces mêmes actes par les médecins.

dépenses de santé est-il un prétexte à ne pas accorder de statut libéral aux ergothérapeutes ? L'économie commanderait-elle les décisions ou les non-décisions de l'administration ?

L'administration est bien l'agent dominant du champ, ses arbitrages procèdent souvent de considérations économiques. Les ergothérapeutes, eux, ont une perception du champ à partir de la place qu'il occupe dans le champ. La position « d'intermédiaire » que lui attribue l'INSEE a-t-elle un caractère identificatoire ? Si l'administration octroie peu de marques de reconnaissance (niveau de capital), les possibilités de promotion pour les ergothérapeutes sont réduites.

L'administration impose donc un ordre auquel il est difficile de se soustraire en tant que professions paramédicales, c'est elle qui dicte les règles. Elle est une instance à la fois de reproduction et de transformation. Les transformations ne s'opérant qu'à la marge, par à-coups en fonction surtout d'impératifs économiques. Ainsi l'approche en terme de PCS donne à l'observateur un « état des lieux » des professions mais non un état des luttes entre professions.

CHAPITRE V

LES ERGOTHERAPEUTES, UN GROUPE MOBILISE ?

« Pour une véritable expansion de l'ergothérapie, la politique même du système de santé serait à revoir. Si l'utilité de l'ergothérapie est évidente, son avenir dépend aussi des individus qui la composent ; si une majorité (dont je fais partie) exerce son métier le mieux possible, mais sans s'investir quotidiennement pour le défendre les créations de postes risquent d'être limitées. Si par contre une majorité d'ergothérapeute se bat chaque jour (car il s'agit bien de cela) pour prouver les bien-fondés de notre profession, l'avenir sera meilleur.[1] *»*

(Femme, 30 ans, 6 ans d'ancienneté)

Existe-t-il une prise de conscience chez les ergothérapeutes de la réalité[2] de la profession ? Classés parmi les « professions intermédiaires de la santé et du travail social » au sein la PCS 4 (Professions intermédiaires selon la classification de l'INSEE) les ergothérapeutes forment-ils un groupe social à part ? Les enjeux de ces classements ne sont toutefois pas si anodins car ils déterminent une position dans une nomenclature, ce qui sous-entend un gain ou une perte en représentativité voire en légitimité par rapport aux autres professions.

[1] Réponse à la question 34.
[2] Parler de la réalité de la profession ne signifie-t-il pas que les ergothérapeutes ont une connaissance des enjeux professionnels qui concernent la profession ?

1. LA CLASSIFICATION COMME ELEMENT DE MOBILISATION ?

Rassembler dans une même catégorie les kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes... et les diététiciens ne signifie pas que celle-ci a une existence propre et qu'elle peut le cas échéant développer des solidarités internes pour la défense d'un statut par exemple. Souvent les individus n'ont pas conscience d'appartenir à un groupe social et encore moins à une catégorie statistique, comme c'est le cas ici. Finalement ce type de classement peut-il conditionner le devenir d'une profession par sa capacité à se mobiliser ?

1.1. Le caractère contradictoire du classement dans la détermination d'un groupe réel

Les ergothérapeutes se trouvent ainsi catégorisés parmi « les spécialistes de la rééducation » tout comme les kinésithérapeutes, les psychomotriciens ainsi que les diététiciens. Bien que ces classements n'aient pas d'incidence juridique à proprement parler, ils peuvent rajouter à la confusion des appartenances :

« Le regroupement par catégorie (par PCS) répond à un principe de construction précis en rassemblant des individus ayant des caractéristiques communes (revenu, diplôme, responsabilité...), sans pour autant que les individus ainsi réunis forment un groupe social réel et se sentent appartenir à ce groupe.[3] »

La PCS 43 regroupe plusieurs professions différentes mais la possibilité pour elles de se mobiliser (à manifester dans la rue par exemple) en vue de tel ou tel résultat est quasi inexistante. En réalité les individus prennent conscience d'appartenir à un même groupe que dans la relation à d'autres individus :

« C'est en fonction de leur propre perception de la situation concrète que les agents se déterminent à agir concrètement dans un sens ou dans un autre, à se mobiliser pour un but précis, et non pas en fonction des classements objectifs, abstraits établi par le sociologue.[4] »

La vision rigoureuse que le statisticien croit avoir d'une ou plusieurs professions à partir de données objectives (les caractéristiques communes, voir plus haut), classables, est éloignée des actions telles qu'elles se réalisent effectivement, au niveau du vécu. Chaque profession a un vécu différent d'une autre et les individus qui la composent, en fonction de ce vécu, vont nourrir des perceptions différentes que ce qu'on voudrait bien lui prêter. Et c'est

[3] S. Bosc, Stratification et transformations sociales, La société française en mutation, Paris, Nathan, 1993, p. 56.
[4] A. Accardo, Initiation à la sociologie, Bordeaux, Le Mascaret, 1991, p. 165.

dans le cadre des actions menées par des organisations professionnelles que se manifestera un vécu propre différent de celui des autres professions. Mais la capacité pour les membres d'une profession à mettre en avant des qualifications et des compétences spécifiques n'est-elle pas aussi le signe d'une capacité de mobilisation, sur le terrain de la pratique thérapeutique celui-là ? Une profession, dans la mesure où elle évolue, ne se situe-t-elle pas inévitablement dans une dynamique de professionnalisation, de positionnement par rapport à d'autres professions ?

1.2. Les rapports professionnels accentuent le sentiment d'appartenance à un groupe

Dès lors que nous évoquons les caractéristiques d'une profession dans un espace professionnel spécifique, des rapports d'opposition peuvent naître entre différentes professions. Ces types de rapports trouvent souvent leur origine dans les inégalités de statut, de position. Il y a des facteurs institutionnels, économiques qui sont au fondement juridique et matériel des différences entre professions. Chaque profession détient en l'occurrence des propriétés intrinsèques[5] qui sont à l'origine de prédispositions professionnelles[6] propres aux membres d'un groupe professionnel. Cet espace professionnel correspond à un espace des prises de positions professionnelles. La position d'un agent dans un espace professionnel a des conséquences sur des dispositions subjectives capables de structurer des représentations.

Les agents pris dans cet espace institutionnalisé développent des conduites ou des comportements spécifiques, P. Bourdieu parle de pratiques. Il affirme que :

« Des agents occupant des positions semblables, placés dans des conditions semblables et soumis à des conditions semblables, sont-ils susceptibles de produire des pratiques et des prises de positions semblables ?[7] »

L'espace professionnel exerce sur les agents une action assimilable à une intériorisation de la réalité qui les entoure. Cette intériorisation des rapports à autrui, à l'institution, forge des dispositions à sentir, à faire, à penser, à réagir que P. Bourdieu appelle habitus. L'habitus est une forme de grille de lecture à travers laquelle les agents perçoivent et

---

[5] Ces propriétés intrinsèques sont plus que des caractéristiques communes, elles font partie intégrante des conditions « d'existence » de la profession. En cela, elles déterminent les prises de position des agents (les professionnels) dans leurs rapports avec les autres professions.

[6] Les marxistes parleraient de conscience de classe, nous pencherions plutôt pour une hypothèse qui est celle de l'existence d'un habitus de profession.

[7] P. Bourdieu, Espace social et genèse des classes, Actes de la recherche en sciences sociales, N°52/53, 1984, p. 4.

jugent la réalité. De plus, faire partie d'un espace professionnel détermine les perceptions des agents qui y sont impliqués :

« Tous les agents d'une formation sociale déterminée ont en commun un ensemble de schèmes de perception fondamentaux, qui commencent à recevoir un commencement d'objectivation dans les couples d'adjectifs antagonistes communément employés pour classer et qualifier les personnes ou les objets dans les domaines les plus différents de la pratique.[8] »

Dans notre enquête auprès des ergothérapeutes nous avons à dessein posé une question (la question 34) dont le contenu des réponses pouvait être autant de schèmes de perception de la profession ainsi qu'un révélateur de ses rapports avec d'autres professions. Nous proposons les couples d'adjectifs antagonistes présents dans les réponses qui qualifient « l'avenir » de la profession dans l'espace professionnel:

Adjectifs qui apparaissent le plus fréquemment (par ordre décroissant)
(les chiffres entre parenthèses correspondent à la fréquence d'apparition)

Prometteur (37) / Difficile (7)
Positif (12) / Incertain (4)
En expansion (7) / Inquiétant (3)
Optimiste (5) / Pessimiste (2)
Plutôt bon (4) / Mal (2)
De l'avenir (4) / Flou (2)
Florissant (2) / Compromis (1)
Enormes besoins (1) / En stagnation (1)
Très sollicitée (1) / En voie de disparition (en psychiatrie) (1)

En comptabilisant la fréquence des adjectifs à caractère « optimiste » et ceux à caractère « pessimiste » la tendance serait plutôt à l'optimisme, mais à un optimisme prudent. Car souvent les réponses sont ponctuées par des « si » : « si la profession est plus reconnue... alors l'avenir sera prometteur », « si des moyens sont plus importants ... alors... » Les ergothérapeutes interrogés font le constat d'une situation qui leur est pour l'instant défavorable mais qui peut varier en leur faveur. Est-ce une question de mobilisation des

[8] P. Bourdieu, La distinction, Critique sociale du jugement, Paris, Minuit, 1979, p. 546.

ergothérapeutes ? Certains sont persuadés (comme dans notre premier témoignage en début de chapitre IV) que l'avenir de la profession dépend de la capacité de ses membres à se rassembler autour d'objectifs communs :

« Si nous arrivons à faire reconnaître nos compétences et nos apports positifs (maison de retraite, rééducation à domicile) plutôt sereinement. Mais il faut que nous travaillions et que nous sachions nous adapter. Aller proposer nos services là où il y a des besoins. Ne pas attendre que les choses avancent et se mettent en place seules. »

(Femme, 31 ans, 8 ans d'ancienneté)

« Il faut que nous sachions nous rendre indispensables et essentiels sinon notre profession ne se fera pas complètement « accepter » dans le milieu paramédical. Il faut que nous sachions nous adapter et trouver une vraie spécificité qui réponde à des besoins précis auxquels personne ne répond encore, exemple : retour à domicile, autonomie, conseils... »

(Femme, 25 ans, 4 ans d'ancienneté)

« Un important travail d'information sur notre profession reste à faire : par l'intermédiaire de l'ANFE, mais aussi une sensibilisation au sein des établissements par chacun d'entre nous. Les domaines d'intervention tendent à se développer actuellement (maisons de retraite, réseaux d'intervention aux domiciles et en gérontologie, foyers de vie...). La réadaptation (et réinsertion) est un pôle important de notre profession qui sera exploité de plus en plus dans l'avenir. »

(Femme, 23 ans, 1 an d 'ancienneté)

La profession d'ergothérapeute qui n'existe que sur le papier (autrement dit comme profession classée et noyée dans une PCS) prend une toute autre tournure au travers ces réponses et d'autres encore. En effet, ce qui relève de la pure dénomination, de la simple désignation d'une profession, devient une réalité sociale et professionnelle à partir de la façon dont les agents expriment leur point de vue. Les mots tels que « nous », « notre » « on[9] », n'expriment-ils pas un sentiment d'appartenance à un groupe ? Ces mots ne reviennent pas systématiquement (loin s'en faut), mais révèlent des enjeux de lutte pour de nouvelles positions. D'autres expressions aux mêmes accents méritent d'être relevées :

« - *Arriverons-nous à la faire reconnaître ?*
- *Chacun à notre niveau nous prouvons à nos interlocuteurs que nous sommes compétents*
- *Sachons-nous rendre indispensable*

[9] Le « on » correspond plus à un « collectif impersonnel » tandis que le « nous » renvoie à un « collectif plus affirmé ». Sous la direction de P. Bourdieu, La misère du monde, Paris, Seuil, 1998.

- *Nous battre pour la reconnaissance*
- *Notre profession s'inscrit bien dans la politique actuelle de maintien à domicile*
- *Sensibilisation de la profession par chacun d'entre nous*
- *Si on parvient à informer les gens et à faire reconnaître l'intérêt de l'ergothérapie*
- *Nous sommes peu représentés pour avoir une force auprès des ministères*
- *A nous de faire bouger les choses*
- *En espérant que notre profession va s'affirmer. »*

Le « nous » équivaut à une prise de conscience mais ce mot est à associer avec un point de vue sur l'avenir de la profession dans ses difficultés et dans ses espoirs de mobilisation. Le rapport aux autres professions et à l'administration est ainsi objectivable c'est-à-dire que les intentions des agents prennent sens. Autrement dit, ces affirmations ne se présentent-elles pas sous la forme d'une défense catégorielle, d'une manifestation pour la reconnaissance de compétences ? A l'opposé, une profession et les membres qui la composent peuvent porter un regard lucide sur leur situation professionnelle sans qu'un mouvement fédérateur s'en dégage. Il y a aussi des réponses qui laissent présager un avenir plus incertain en insistant sur les difficultés inhérentes à la profession[10] :

« - Ne pas essayer de toucher à tous les domaines mais garder sa spécificité pour être crédible
- *Les ergothérapeutes doivent impérativement définir leur mission et leur domaine d'intervention afin d'être crédible*
- *Les ergothérapeutes manquent souvent de professionnalisme et de compétence en communication*
- *Profession qui se disperse un peu*
- *Certaines des compétences des ergothérapeutes sont assurées par d'autres paramédicaux*
- *Les intérêts de la profession ne sont pas défendus. »*

L'ergothérapie est plus mise en accusation que les ergothérapeutes eux-mêmes d'une certaine manière. Les ergothérapeutes sont toutefois invités par les collègues à mieux « défendre » la profession, la voyant menacée. Effectivement, l'ergothérapie est une profession (ainsi que nous avons essayé de le montrer) qui se disperse dans ses missions. Bon nombre d'ergothérapeutes interrogés qualifient cette dispersion comme un élément d'affaiblissement de la profession, d'où aussi certaines réactions qui vont dans le sens

[10] Nous avons repris quelques extraits de réponses les plus significatives toujours en réponse à la question 34.

d'un recentrage de la profession autour de certains domaines-clé de l'ergothérapie. De ce recentrage, de cette redéfinition de l'ergothérapie dépend sa crédibilité, sa légitimité dans l'espace professionnel et plus particulièrement dans le champ des professions paramédicales et du travail social. Nous avançons aussi le concept de champ parce qu'il renvoie à un rapport de forces, un rapport de positions (de forces). Il est donc important, au-delà des réactions des ergothérapeutes, de se poser la question de la représentativité de la profession.

2. LE ROLE DES REPRESENTANTS DES ERGOTHERAPEUTES DANS LA MOBILISATION DES ERGOTHERAPEUTES

Une profession ne signifie pas seulement une addition d'agents isolés qui utilisent une technique thérapeutique sur un lieu de travail précis. Une profession n'est-elle pas plus que cela, n'est-elle pas assimilable à un groupe de professionnels qui cherche à être entendu sur certains dossiers précis ? Le lieu de travail de l'ergothérapeute autant que la sphère de la négociation entre les représentants des ergothérapeutes (l'ANFE) et les responsables du ministère de la Santé sont des lieux de manifestation d'intérêts. Ces lieux sont comparables à un champ.

2.1. L'implication des représentants des ergothérapeutes dans le champ

La perception du champ par les ergothérapeutes est à la fois celui qu'ils vivent au quotidien et celui qu'ils observent à un degré plus large entre leurs représentants et les responsables de l'administration :

« Les agents construisent le monde mais à travers des structures qui sont le produit d'une incorporation des structures du monde. (...)

Le champ comme champ de forces est objet de perception. (...)

Chacun des agents engagés dans la lutte a une vision du champ, il a un point de vue déterminé par sa position, par son habitus et il lutte pour imposer son point de vue.(...)

Le terme de point de vue a deux sens. Il y a le point de vue comme vue prise à partir d'un point, une perspective relative à la position de l'agent (ce qui ne veut pas dire relative en soi : elle est relative à sa position, on la rend nécessaire, on comprend pourquoi elle est ce qu'elle est. C'est aussi selon la définition ordinaire du mot, une opinion, un jugement sur

le champ ; j'exprime mon point de vue, ça veut dire je cherche à imposer mon point de vue, je cherche à faire en sorte que les autres voient comme moi, qu'ils voient comme je vois le monde depuis ma place.[11] »

Il ressort de ce rapport au champ une volonté de la part des ergothérapeutes interrogés d'exposer leur point de vue[12] qui est en quelque sorte leur conception du champ. Ne se cacherait-il pas derrière leur point de vue un souhait, une volonté de faire corps, de se regrouper afin d'être plus fort ? En somme pour résumer leur position : « Nous voulons être partie prenante dans le champ professionnel tout en sachant que nous le subissons. » En conséquence, la participation au champ professionnel n'exige-t-elle pas de la part des représentants de la profession une implication, un engagement, des prises de position qui sont le reflet d'une majorité d'ergothérapeutes ? Ces représentants nous les comptons parmi les ergothérapeutes et notamment au sein de l'ANFE.

Cette association fédère près du cinquième des ergothérapeutes en tant qu'adhérents[13]. C'est une forte représentativité en comparaison avec d'autres professions paramédicales. Elle est la seule organisation qui représente la profession en France, sa démarche est de l'ordre de la défense catégorielle (l'équivalent d'un groupe d'intérêt), elle n'a pas la vocation de défendre les salariés en général comme c'est le cas des syndicats basés sur le fédéralisme associatif et qui bénéficient d'une représentativité dans les instances de décision dans les entreprises ou dans les hôpitaux. L'ANFE est une association régie par la loi 1901, sans but lucratif. Elle a été fondée en 1961 sous le nom d'Association française des ergothérapeutes (aujourd'hui Association nationale française des ergothérapeutes, ANFE). Dans ses statuts, il est bien précisé, en référence au projet de l'ANFE, que (article 2) :

« Cette association a pour buts de défendre et promouvoir les intérêts et la qualité de la profession d'ergothérapeute. »

Pour atteindre ces buts, l'ANFE déploie un certain nombre de moyens qui sont les suivants (article 4, extraits) :

1. *« Défense et promotion de la profession : multiplication des contacts régionaux, nationaux et internationaux, promotion de la recherche notamment en rééducation, réadaptation et action sociale, démarches et interventions à tous les niveaux, auprès des services ministériels et des grands organismes.*

---

[11] P. Bourdieu, Le fonctionnement du champ intellectuel, Université Marc Bloch Strasbourg, Regards sociologiques, N°17/18, 1999, p. 8 et 9.

[12] Nous utilisons cette expression dans son premier sens tel que la décrit P. Bourdieu.

[13] Le nombre d'adhérents est variable suivant les années. Néanmoins le taux d'adhésion peut grimper jusqu'à 25%.

2. *Formation continue : des actions de formation continue et de perfectionnement sont organisées.*
3. *Edition : l'ANFE réalise et diffuse des publications à caractère scientifique. »*

L'ANFE joue pleinement son rôle de promoteur de l'ergothérapie. Elle est à l'origine de nombreuses initiatives puisqu'elle :

- organise des rencontres internationales d'ergothérapeutes (ex d'Ergo 2000)
- met en place des programmes de recherche qui débouchent sur des publications régulières (Journal d'Ergothérapie publié en plusieurs langues, le Bulletin de Liaison de l'ANFE, des rapports de congrès, des livrets-guides sur la prévention...)
- cherche à informer le « grand public » de ce qu'est l'ergothérapie par l'édition de plaquettes
- insuffle des programmes de formation professionnelle (stages, journées d'études...)
- alerte, si besoin, les adhérents des évolutions des « dossiers » auprès des ministères et des autres administrations.

L'ANFE entretient un réseau dense d'instances régionales afin d'impliquer les ergothérapeutes à la vie de l'association. Il existe neuf instances régionales qui sont composées d'un délégué et/ou d'un suppléant. Parmi les missions que le délégué est chargé d'assurer il y a celle :

« D'organiser ou aider à la mise en place de journées d'étude, de visites de services d'ergothérapie ou de toute autre manifestation qui pourrait regrouper des ergothérapeutes dans le but de faire progresser l'ergothérapie.[14] *»*

Le délégué est une composante importante de l'ANFE, de sa motivation, de son engagement dépendent des prises d'initiatives locales pour promouvoir la profession.

2.2. Des difficultés pour les représentants des ergothérapeutes à mobiliser les ergothérapeutes autour de la promotion de la profession

Dans quelle mesure les ergothérapeutes se reconnaissent-ils dans les actions et les initiatives de l'ANFE ? Si l'ANFE est la seule instance représentative des ergothérapeutes comment cherche-t-elle à susciter les initiatives de promotion ?

[14] Source ANFE

Nous nous sommes intéressés aux éditoriaux de plusieurs Bulletins de Liaison[15] de l'ANFE sur une quinzaine d'années (de 1987 à 2001) afin de cerner les prises de position des différents présidents qui se sont succédés à la tête de l'ANFE. Elles rendent assez bien compte de la mobilisation[16] des ergothérapeutes en faveur de leur profession :

« Que chaque ergothérapeute se sente concerné par les nouvelles orientations prises par l'ANFE et apporte son soutien. » (1987, 1)[17]

« A ce niveau, chaque ergothérapeute doit aider les équipes régionales pour que cette représentation soit efficace au niveau local.[18] *» (1987, 3)*

« Je ne peux que recommander aux personnes qui souhaitent se perfectionner et élargir leur champ d'horizon de prendre un engagement au sein de l'ANFE en fonction de leurs aspirations. »(1987,4)

« Il faut prendre conscience que la principale carte maîtresse de notre profession doit être la mobilisation de nos « forces vives » autour de l'ANFE... » (1988, 2)

« Il nous[19] *faut abandonner notre candeur traditionnelle. » (1988, 3)*

« Pour nous le temps des errances existentielles est bien révolu. » (1989, 1)

« Notre place n'est pas dans les vestiaires à piaffer d'impatience, mais au centre du terrain où nous pourrons démontrer toute notre technicité, notre sens du jeu, notre esprit d'équipe et notre fraîcheur physique.[20] *» (1989, 2)*

« L'ANFE existe grâce à vous, le travail essentiel se fait dans les régions. Sur le terrain nos délégués de régions et d'instances travaillent pour la réalisation de nos objectifs, autrement dit pour la défense et la promotion de la profession.

---

[15] Le Bulletin de Liaison de l'ANFE est une publication qui paraît trimestriellement. Il a essentiellement pour vocation d'informer les ergothérapeutes sur:

- le travail des instances régionales
- les instances COTEC et WFOT (instances européennes et mondiales)
- le travail de représentation et de promotion de la profession (groupes de réflexion, rencontres scientifiques, rendez-vous officiels...)
- le développement d'une dynamique interprofessionnelle.

[16] Toute association a besoin de membres actifs pour dynamiser l'organisation. L'ANFE ne fait pas exception à cette règle. Les éditoriaux sont un moment important pour faire le point des projets aboutis ou en cours. Ils sont aussi assimilables à des points de vue en fonction de la position de l'éditorialiste qui est souvent le président de l'ANFE. Nous relevons quelques expressions ou phrases types qui témoignent de ces prises de position.

[17] (1987*,1**) : * correspond à l'année de parution, ** correspond au numéro (quatre bulletins paraissent par an).

[18] A propos de la diffusion d'une plaquette présentant la profession « aux employeurs potentiels et aux décideurs locaux et nationaux du monde médico-social ».

[19] Il est bien certain qu'il faut mettre en avant dans ces éditoriaux le « nous » apparenté au « collectif affirmé ».

[20] Ici, l'éditorialiste use d'une métaphore pour appuyer sa démonstration, les membres de l'ANFE sont comparés à une équipe qui participe à une compétition sportive.

Ils sont pour certains entourés d'une équipe efficace, d'autres sont seuls sur le terrain... N'attendez pas d'eux qu'ils fassent le travail de toute une équipe. Rejoignez-les plutôt.[21] *» (1992,1)*

« Nous devons tous en être dignes et travailler sur le plan national comme au quotidien pour mieux faire connaître et faire évoluer l'ergothérapie.[22] *» (1992,3)*

« Notre représentativité est donc toujours plus grande et beaucoup de professions paramédicales au sein de l'UIPARM nous envient cette unité associative.[23] *» (1993,2)*

Rappelons qu'un des enjeux principaux de l'ANFE est d'augmenter le nombre d'adhérents pour créer, sans doute, un rapport de forces favorable dans l'action de promotion de la profession. Un deuxième enjeu est de profiter de ce gain de représentativité pour mobiliser les adhérents dans des initiatives diverses[24] :

« Au total, il s'agit bien pour les membres actifs de l'ANFE de pérenniser des services mais aussi d'en développer de nouveaux, et vous comprenez à quel point votre engagement dans ces différents projets nous est précieux. Les instances de l'ANFE sont autant de lieux d'échanges et de travail que je vous invite à rejoindre. Partageons nos compétences ! » (1996,3)

« Encore une fois, votre participation active au sein des groupes de travail et des instances nous est indispensable et participe tant d'une dynamique collective que d'un enrichissement individuel. » (1997,1)

« L'entreprise associative ***est une aventure collective d'autant plus riche de perspectives et économe des énergies individuelles qu'elle est partagée par le plus grand nombre d'entre nous.***[25] *» (1997,2)*

« Il va nous falloir faire un fabuleux effort dans les 3 ans qui viennent. (...)

Un nouveau mode d'existence est demandé aux associations professionnelles. Il ne s'agit pas d'une proposition mais véritablement d'un défi !

---

[21] L'année 1992 correspond à un changement de président et donc d'éditorialiste. Cette occasion est souvent choisie pour mobiliser les adhérents au sein de l'ANFE.

[22] Cette affirmation coïncide avec le dépassement des 500 adhérents à l'ANFE.

[23] L'augmentation de la représentativité est liée donc à une croissance du nombre d'adhérents dont la cause principale semble-t-il est la baisse de la cotisation annuelle.
L'augmentation de la représentativité est liée donc à une croissance du nombre d'adhérents dont la cause principale semble-t-il est la baisse de la cotisation annuelle.

[24] Nous faisons un bond de quelques années pour arriver en 1996. Les souhaits des présidents ne varient guère. Ils insistent régulièrement sur l'importance de l'engagement au sein de l'ANFE.

[25] Cet éditorial est particulièrement significatif puisqu'il est consacré entièrement à cette question de l'engagement des adhérents pour la promotion de la profession. L'auteur de l'éditorial a volontairement surligné une partie de son texte pour attirer l'attention des lecteurs.

Dès aujourd'hui nous manquons cruellement de ces locomotives, les rendez-vous sont à peine tenus, les groupes d'experts selon les sujets ne sont pas opérants faute de candidats.[26] *» (1997,3)*

« Le travail associatif par sa nature bénévole, souffre sur la durée d'un défaut d'engagement, d'une arythmie entre un choix décisionnel et son exécution, d'une usure tangible de ses membres actifs.

Mais ce même travail repose sur l'enthousiasme, l'inventivité, la volonté surtout d'aller plus avant dans la promotion de notre profession.[27] *» (1997,4)*

Nous avons insisté sur ces quelques extraits d'éditoriaux pour montrer qu'une association ne fonctionne pas comme un syndicat. L'ANFE n'a pas les mêmes objectifs qu'un syndicat. Elle ne vise pas à défendre en priorité les intérêts de salariés qui auraient des difficultés avec leurs employeurs. Ces dernières relèveraient plutôt du droit du travail et donc justement des compétences de syndicats de type généraliste. L'ANFE en tant qu'association n'a pas la possibilité d'obtenir pour ses responsables des disponibilités horaires légales à l'équivalent des délégués syndicaux pour suivre les dossiers. Cela aboutit à des appels réguliers aux bonnes volontés dont voici un autre exemple :

« Le problème crucial est donc là : l'ANFE n'a pas assez de volontaires pour mener à bien toutes les actions nécessaires à la réalisation de ses missions. Il s'en suit un mécontentement de certains adhérents et un épuisement de ses représentants. » (1999,4)

Là où les missions de l'ANFE ne sont pas pour autant interrompues, elles sont au pire freinées. Mais globalement chaque Bulletin de Liaison annonce des actions menées par telle ou telle instance régionale, évoque l'état d'avancée de tel projet, souligne les efforts de telle équipe dans l'accomplissement de telle mission, etc. Le contenu des éditoriaux en fait référence également et la tendance n'est pas toujours au doute sur le sens de l'engagement des ergothérapeutes :

« Nous les ergothérapeutes, contrairement à d'autres professionnels, avons un certain esprit de groupe qui nous permet de nous reconnaître mutuellement les uns les autres.

---

[26] Cet éditorial sonne comme un véritable appel non pas à aux « simples » adhérents qui sont de plus en plus nombreux (le taux d'adhésion frôle les 25 % en date de 1997) mais plutôt aux adhérents actifs et impliqués. Les dossiers réclament une maîtrise technique de plus en plus grande que seuls des adhérents motivés peuvent étudier et suivre.

[27] Ces appels insistants aux adhérents actifs n'ont pas eu les échos souhaités puisque l'ANFE a dû se résoudre à embaucher une déléguée permanente salariée (ergothérapeute) en 1999 pour s'occuper du suivi de certains dossiers et de la coordination de nombreuses actions. Mais en raison du coût financier de cette embauche l'ANFE a dû licencier cette personne en 2000. La question du bénévolat est à nouveau reposée.

Quand vous arrivez dans une ville de France, il suffit d'appeler le service ergo du coin pour être renseigné sur les opportunités en matière d'embauche, réseau local ou autres revendeurs médicaux.

Il est toujours possible de trouver quelque part, des ergothérapeutes qui se réunissent et qui sont heureux de vous accueillir pour échanger. (...)

Cette communauté d'esprit et cette solidarité sont notre force.

Note réseau interne, notre cohésion peut nous permettre de communiquer, d'échanger des informations mais surtout de participer à notre développement.

Dans chaque endroit de France il existe un ergo qui se bat, innove, voire réinvente quelque chose : une nouvelle aide technique, une résolution de conflit, une promotion de la profession, une création de poste. » (2001,2)

Cet extrait d'éditorial a la particularité d'insister sur l'importance des réseaux d'ergothérapeutes dans la promotion de la profession. L'éditorialiste a compris (ou se persuade) que les ergothérapeutes d'une manière globale ne sont pas inertes et qu'ils sont à l'origine de nombreuses actions sur le terrain d'où sa volonté de le mentionner ou de le réaffirmer.

2.3. L'engagement inégal des ergothérapeutes

Différentes actions menées par les ergothérapeutes

Globalement, l'engagement des ergothérapeutes est confirmé par nos résultats d'enquête, ils sont 61.8 % des ergothérapeutes interrogés à participer à des actions pour défendre la profession[28] et 35.9 % qui affirment le contraire. Nombreuses sont les circonstances qui ont amené les ergothérapeutes à s'engager dans des actions :

Actions menées par des ergothérapeutes (fréquence décroissante)[29]

---

[28] Nous rapportons la réponse à la question 30 dont le libellé est : *« Avez-vous déjà participé à des actions pour défendre votre profession ou pour mieux la faire connaître ? »*
Celle-ci est prolongée par deux précisions : «
- *Si OUI, dans quelles circonstances ?*
- *Si NON, pourquoi ? »*

[29] Il y a aussi les 35,9 % des ergothérapeutes qui participent à aucune action pour défendre la profession. Parmi les principales raisons relevées : «
- *le manque de temps*
- *le manque de disponibilité*
- *l'éloignement*
- *l'absence d'occasions. »*

Cette dernière cause contient un sens caché puisqu'une volonté de s'impliquer existe sûrement mais qu'elle n'a pas encore pu se manifester.

Journées d'information sur les métiers, forum des carrières (lycée, collège) (70)
Présentation de la profession à diverses professions médicales et paramédicales (33)
Organisation d'une journée régionale d'études sous l'égide de l'ANFE (18)
Actions en tant que responsable ANFE (17)
Réalisation d'un livret ou d'une plaquette (9)
Réunions d'information avec des responsables d'administration ou des travailleurs sociaux, des architectes, le conseil général, des responsables de la Sécurité sociale... (8)
Faire cours dans des écoles ou à la faculté (7)

A cette liste s'ajoutent d'autres initiatives qui vont de la simple « présentation de l'ergothérapie à la personne que l'on croise » à la participation à « une pétition pour le maintien d'un poste d'ergothérapeute dans un service ». Devant la multiplication de ces actions nous pouvons toutefois dégager la principale circonstance qui préside à celle-ci, l'information/présentation de la profession à différents degrés. Les responsables de l'ANFE ne se sont pas trompés sur cette grande fraction d'ergothérapeutes qui s'engagent à des niveaux divers et qu'il faut encourager dans leurs démarches. Il n'y a pas vraiment de décalage entre ces actions menées sur le terrain qui n'émanent pas forcément d'adhérents de l'ANFE et le travail de promotion accompli par les responsables de l'ANFE dans des contextes plus officiels. N'y a t'il pas de la part de ces différents ergothérapeutes, à des échelles diverses et au-delà de ces actions d'information/présentation, une volonté de refuser un état des choses ? Les ergothérapeutes sont-ils des agents qui cherchent à imposer leur vision du monde[30] ou la vision de leur propre position dans ce monde ? Sont-ils prêts à accepter les choses comme allant de soi ?

Peut-être doit-on assimiler les actions de terrain à des luttes purement symboliques et interpréter celles menées par les dirigeants de l'ANFE à des luttes réelles[31] ? La question n'est pas tout à fait tranchée mais nous sommes bien en présence d'un espace professionnel

[30] Il s'agit bien ici du monde professionnel ou la répartition des positions est imposée compte tenu des titres officiels qui sont attribués à chacune des professions. Quoiqu'il n'existe pas de distribution définitive des positions surtout dans le monde médico-social semblent se dire les ergothérapeutes.

[31] Les luttes symboliques sont celles qui permettent d'obtenir des positions symboliques, l'équivalent de marques de reconnaissance sur le lieu de travail. Un ergothérapeute dans une réunion d'information dans un service présente tel type de pratique thérapeutique spécifique à l'ergothérapie, à des médecins, des infirmières, des kinésithérapeutes et d'autres professions paramédicales. Le gain obtenu est de l'ordre de la « renommée », l'ergothérapeute devient le « spécialiste » de cette question ...
Les luttes réelles sont plutôt organisées par les responsables de l'ANFE qui vont se lancer dans des négociations serrées avec le ministère pour obtenir un remaniement du décret d'actes en ergothérapie, une redéfinition des qualifications, par exemple. Dans ce cas, on est dans l'ordre de la dénonciation des positions initiales pour obtenir de nouvelles positions. Le gain obtenu est plus concret pour les ergothérapeutes dans ce type de luttes avec la possibilité au bout du compte d'être reconnu dans de nouvelles qualifications.

qui détermine les positions et les prises de position. Les ergothérapeutes qui sont membres de l'ANFE doivent développer d'autant plus d'actions pour défendre la profession qu'ils sont informés par les Bulletins de Liaison des différents dossiers en cours. Que nous apprennent les résultats de l'enquête à ce sujet ?

L'adhésion à l'ANFE stimule la participation à des actions de promotion

L'adhésion à l'ANFE est-il un stimulant pour s'engager dans des actions de défense de la profession d'ergothérapeute ? La diffusion régulière d'informations sur la profession donnerait-elle des idées à certains pour mener à bien des initiatives ?

Tableau 1 : Les adhérents à l'ANFE et les actions menées pour défendre et faire connaître la profession d'ergothérapeute (en %)

	Participent à des actions	Ne participent pas à des actions	Total
Adhérents de l'ANFE	67.1	32.9	100
Non adhérents à l'ANFE	58	42	100

Source : Enquête Ergothérapeutes - Mars 2000

Sur 100 adhérents interrogés de l'ANFE 67.1 s'engagent dans des actions de défense, soit les deux tiers. Il y a toutefois une forte proportion de non-adhérents à l'ANFE qui participent aussi à des actions. La participation à des actions n'est pas réservée aux membres de l'ANFE, des ergothérapeutes s'engagent aussi dans des projets sans attendre les appels des responsables de l'association. Il faut accorder toutefois une prime à l'adhésion puisqu'il y a une différence de 10 points environ (67.1% - 58 %) entre l'intérêt manifesté par les adhérents à défendre la profession et celui partagé par les non adhérents. L'adhérent se rend-t-il mieux compte des enjeux qui concernent la profession que le non-adhérent ?

La variable « âge » est également déterminante dans la participation à des actions de promotion

Si l'on s'intéresse uniquement à l'âge comme variable déterminante pour entrer dans « l'action de défense et de reconnaissance de la profession » nous nous apercevons qu'il y a une croissance de la participation avec les années d'ancienneté mais avec des écarts plus ou moins importants selon les tranches d'âge (tableau 2).

Tableau 2 : Les ergothérapeutes (selon l'âge[32]) et les actions menées pour défendre et faire connaître la profession d'ergothérapeute(en %)

	Participent à des actions (1)	Ne participent pas à des actions (2)	Total	Ecart des pourcentages (1) – (2)
Tranche d'âge 1	50	50	100	0
Tranche d'âge 2	67.8	32.2	100	35.6
Tranche d'âge 3	52.9	47.1	100	5.8
Tranche d'âge 4	56.6	43.4	100	13.2
Tranche d'âge 5	80	20	100	60
Tranche d'âge 6	66.6	33.4	100	33.2
Tranche d'âge 7	57.1	42.9	100	14.2

Source : Enquête Ergothérapeutes - Mars 2000

Hormis la tranche d'âge1 tous les écarts sont positifs, ce qui signifie que le pourcentage de participants à des actions est toujours plus élevé que le pourcentage de non-participants. Les écarts les plus importants attestent d'une implication très importante dans les différentes actions à l'image de la tranche d'âge 5 (40 à 44 ans) suivie de la tranche 6 (45 à 49 ans) et de la tranche 2 (25 à 29 ans). Les tranches 5 et 6 correspondent à des âges où l'engagement paraît plus logique compte tenu de l'ancienneté et de l'expérience accumulée :

« A mesure que les expériences concrètes, ponctuelles, se répètent, s 'accumulent, les traces que laisse chacune d'elles se superposent, se combinent, se renforcent en s'intériorisant toujours plus profondément et en se transformant en dispositions générales. C'est à dire qu'en répétant une série d'expériences ou de comportements particuliers, on acquiert progressivement une inclination à agir, ou à parler, ou à sentir, ou à penser, de cette façon-là plutôt que d'une autre, dans toutes les situations particulières qui ressembleront aux circonstances dans lesquelles s'est effectué l'apprentissage.[33] »

---

[32] Il s'agit de l'âge regroupé :
- la 1° tranche correspond aux ergothérapeutes qui ont entre 21 et 24 ans
- la 2° tranche de 25 à 29 ans
- la 3° tranche de 30 à 34 ans
- la 4° tranche de 35 à 39 ans
- la 5° tranche de 40 à 44 ans
- la 6° tranche de 45 à 49 ans
- la 7° tranche de 50 à 58 ans

[33] A. Accardo, Initiation à la sociologie, Bordeaux, Le Mascaret, 1991, p.86.
A. Accardo propose ici un éclairage sur le rôle de l'ancienneté, de l'expérience dans la prise de participation à des actions. Nous pouvons largement transposer cette contribution dans un contexte socio-professionnel. Les

Quant aux ergothérapeutes de la tranche d'âge 2 ont-ils suffisamment de recul pour s'engager dans des actions ? L'intérêt pour défendre la profession est entier en début de carrière après quelques années de pratique. Mais à partir de l'âge de 30 ans la question du temps dont disposent les agents pour agir est posée sérieusement. C'est à dire que pour les tranches 3 et 4 le retrait de la vie militante est à l'ordre du jour. Les ergothérapeutes de ces âges, malgré leur intérêt pour la profession, souhaitent moins s'engager faute de temps et donc de disponibilité. Les choix de vie, familiaux ou autres, deviennent apparemment prioritaires. Ce manque de disponibilité n'est-il pas préjudiciable pour la promotion de la profession puisqu'il touche des classes d'âge qui ont suffisamment d'ancienneté, d'expériences et d'entrain pour s'investir dans des initiatives de tous types ?

Temps disponible et engagement pour la profession

A ce stade de notre réflexion, il est utile d'affiner cette relation entre temps disponible et engagement pour la profession. Les responsables de l'ANFE sont apparemment les premiers à regretter cette situation d'autant que les dossiers à traiter réclament justement de la compétence et de la disponibilité. Un temps que bon nombre d'ergothérapeutes sont peu enclin à accorder pour défendre leur profession. Certains ergothérapeutes n'ont-ils pas choisi le travail à temps partiel pour justement se consacrer à autre chose qu'à la profession ? 40% des ergothérapeutes interrogés sont à temps partiel ce qui représente une forte proportion. Quelle relation peut-il exister entre l'occupation d'un travail à temps partiel (et d'un travail à temps plein) et les actions menées pour défendre la profession ?

Tableau 3 : L'occupation d'un emploi à temps partiel et à temps plein et les actions menées sur le terrain pour défendre et faire connaître la profession d'ergothérapeute (en %)

	Participent à des actions	Ne participent pas à des actions	Total
Emploi à temps plein	67.4	32.6	100
Emploi à temps partiel	53.3	46.7	100

Source : Enquête Ergothérapeutes - Mars 2000

Les deux tiers des ergothérapeutes qui occupent un emploi à temps plein participent à des actions pour faire connaître la profession. Par contre les ergothérapeutes qui occupent un

dispositions qui amènent les ergothérapeutes à un certain âge à entrer plus dans l'action ne sont-elles pas le résultat d'un cheminement, d'un mûrissement ?

emploi à temps partiel sont moins disposés à s'engager. Cette situation relève presque du paradoxe puisque qu'un salarié à temps partiel aurait normalement plus de temps à consacrer à la défense de sa profession qu'un salarié à temps plein. Or les résultats révèlent toute autre chose : la réduction du temps de travail choisi est rarement utilisée pour mener des projets pour défendre la profession, elle sert plutôt à se consacrer aux loisirs et à la famille. Au-delà, les résultats de l'enquête précisent aussi que ce sont ceux qui ont accumulé une certaine ancienneté donc une expérience qui occupent des emplois à temps partiel (tableau 4).

Tableau 4 : Age et occupation d'un poste à temps plein et à temps partiel (en %)

	Emploi à temps plein (1)	Emploi à temps partiel (2)	Total	Ecart des pourcentages (1) – (2)
Tranche d'âge 1	60.5	39.5	100	21
Tranche d'âge 2	75.8	24.2	100	51.6
Tranche d'âge 3	64.7	35.3	100	29.4
Tranche d'âge 4	38.5	61.5	100	- 23
Tranche d'âge 5	52.1	47.9	100	4.2
Tranche d'âge 6	47.8	52.2	100	- 4.4
Tranche d'âge 7	78.5	21.5	100	57

Source : Enquête Ergothérapeutes - Mars 2000

Le pourcentage des ergothérapeutes à temps partiel est le plus important pour les tranches 4, 5 et 6 (les écarts sont peu élevés voire négatifs). Nous avons noté plus haut que ce sont les tranches 5 et 6 (avec la tranche 2) qui sont les plus engagées dans la promotion de la profession, mais ce sont aussi les plus nombreuses à occuper (avec la tranche 4) des emplois à temps partiel. Connaissant la relation entre l'occupation d'un emploi à temps partiel et les actions menées pour défendre la profession nous pouvons formuler l'hypothèse que la profession d'ergothérapeute serait encore mieux mise en valeur si les tranches 5 et 6 étaient employées davantage à temps plein. Pour la tranche 2, cette hypothèse est vérifiée puisque celle-ci se montre la plus active pour promouvoir la profession alors qu'une grande part des ergothérapeutes de cette tranche occupe des emplois à temps plein. Le temps disponible est donc une notion toute relative car la disponibilité pour participer à des actions de promotion n'est pas inversement proportionnelle au temps passé sur le lieu de travail, au contraire.

2.4. Transformer l'intérêt individuel en intérêt collectif

Finalement, l'intérêt de défendre la profession se développe sur le lieu de travail mais la mobilisation des ergothérapeutes est-elle à la hauteur des enjeux ? Quels sens donner aux actions ponctuelles et finalement limitées des ergothérapeutes ? Ces actions ajoutées les unes aux autres représentent un niveau de mobilisation important mais certainement insuffisant au regard des responsables de l'ANFE. L'ANFE joue-t-elle complètement son rôle d'éveilleur, de régulateur, d'initiateur d'actions ? Le rapport de forces tel que les responsables de l'ANFE imaginent d'instaurer n'est pas en vigueur. Pourtant, la multiplication des opérations qui visent à sensibiliser les collègues et le public à la profession et qui sont menées par les ergothérapeutes à la fois sur le lieu de travail et en dehors ne traduisent-elles pas une capacité de mobilisation, une volonté de vouloir renverser les rapports de forces dans le champ ? Le souhait formulé par l'ANFE serait de profiter de ces micro-initiatives pour réunir les ergothérapeutes autour d'un projet commun, autour d'un véritable projet collectif. En somme inviter les ergothérapeutes à agir collectivement et non de manière isolée.

On pourrait ajouter que les dispositions de l'ergothérapeute sont doublement déterminées, à la fois par la manière dont l'ergothérapeute vit sa profession au quotidien sur le lieu de travail et par la façon dont il perçoit la profession d'ergothérapeute comme réalité construite et codifiée par l'administration sous la forme d'une classification. Si le premier rapport est assez bien incorporé, le deuxième l'est-il moins ? N'est-ce pas à l'intersection de ces deux rapports que l'on passe de l'intérêt individuel à l'intérêt collectif, de l'action individuelle à l'action collective, l'ANFE passant pour le régulateur de l'action collective ?

De l'action ponctuelle à l'action collective

Intérêt individuel/Action ponctuelle

Intérêt collectif/Action collective

Modification de la position occupée

Les ergothérapeutes se tromperaient-ils de lutte en privilégiant l'intérêt individuel au détriment de l'intérêt collectif ? Les initiatives ponctuelles (symboliques) dans lesquelles s'engagent les ergothérapeutes ne font-elles pas illusion face à des enjeux d'une toute autre nature[34] ? Ce qui est en jeu c'est la préservation ou la modification de la position occupée dans un système régulé principalement par des méthodes administratives. Nous savons, d'après les résultats de notre enquête, que ce ne sont pas les conditions de travail ou les relations avec la hiérarchie qui poussent à l'action car le climat dans lequel travaillent les ergothérapeutes est globalement satisfaisant. Le mobile de la décision de s'investir dans la promotion de la profession à quelque degré que ce soit ne repose-t-il pas sur un souhait de reconnaissance d'une spécificité professionnelle ? L'intérêt suscité par l'objectif de la « reconnaissance d'une spécificité » ne précède-t-il pas toute forme d'action ? Donc, toute la difficulté pour l'ANFE, en tant qu'organisation représentative, est d'imposer ou de proposer des règles d'action pour transformer cet intérêt individuel/action ponctuelle en intérêt collectif/action collective.

3. LES STRATEGIES ADOPTEES PAR LES REPRESENTANTS DES ERGOTHERAPEUTES

L'ANFE développe plusieurs initiatives en relation avec un objectif majeur celui de promouvoir la profession. Parmi les initiatives nous notons que l'ANFE veut :

- renforcer les liens entre l'ANFE et l'UIPARM
- améliorer le Bulletin de Liaison
- poursuivre une politique de communication vis à vis du public
- renforcer les liens entre l'ANFE et le Syndicat national des directeurs des écoles d'ergothérapie (SNDEE)
- poursuivre les négociations avec le ministère de la Santé, la CNAM, ...
- organiser des congrès, rencontres, colloques, etc.

Ces quelques initiatives résument assez bien la diversité des engagements que prennent les représentants de l'ANFE. Nous les rassemblons dans trois thèmes majeurs :

[34] Il faut rappeler que les ergothérapeutes en tant que groupe professionnel n'ont jamais engagé de grèves ni manifesté dans la rue pour faire aboutir une revendication. Peut-être est-ce une volonté délibérée de la part de la direction de l'ANFE de refuser des moyens d'action typiques du syndicalisme ouvrier et de préférer négocier directement avec l'administration.

1. Le souci de communiquer.
2. Renforcer des liens institutionnels avec d'autres organisations avec lesquels l'ANFE partage bon nombre de buts.
3. Négocier.

3.1. Le souci de communiquer

Le Bulletin de Liaison de l'ANFE fait fonction de lien entre les ergothérapeutes

Les responsables de l'ANFE sont d'abord animés par un souci d'informer les adhérents de l'évolution d'un certain nombre de dossiers à l'aide d'une publication trimestrielle, le Bulletin de Liaison. Celui-ci a changé plusieurs fois de maquettes pour ressembler aujourd'hui à un véritable magazine au format standard A4[35]. Le magazine comporte deux points importants qui occupent une grande partie de la publication :

- « Les nouvelles des instances »
- « Le réseau des ergos »

Les instances sont des groupes de responsables qui participent à des actions qui se déroulent soit au niveau d'une région par exemple soit au niveau national voire international. C'est à dire que les adhérents-abonnés sont régulièrement informés des initiatives et projets mis en place dans les différentes régions, ils bénéficient aussi de la diffusion des synthèses des réunions des délégués auprès d'organisations d'ergothérapeutes européenne et mondiale. Une instance peut se créer selon les besoins et les circonstances du moment, c'est pour cela qu'on les nomme « instances spécifiques ». Il s'est crée en octobre 2000 une instance « étudiante » composée d'étudiants issus des Instituts de formation en ergothérapie et qui sont chargés de faire la promotion de l'ergothérapie dans les lycées ou lors de forums étudiants, de développer les liens entre professionnels et étudiants.

Le deuxième point est consacré au « réseau des ergos », cette rubrique s'attache à diffuser des informations sur des sujets très divers dont le contenu renferme des questions plus juridiques, plus techniques par exemple sur la réforme du premier cycle des études de santé ou sur la refonte du décret d'actes des ergothérapeutes. Les responsables de l'ANFE en tant que membres d'une organisation représentative d'une profession siègent par exemple

[35] Jusqu'en 1998 l'ANFE diffusait un Bulletin de Liaison au format A5 (1/2 A4). Le dernier changement de maquette date du début de l'année 2001 avec comme nouveau titre en première page : « ERG*OT*HERAPIES ». Celui-ci s'est rajouté au titre initial « Bulletin de Liaison » avec en caractères de couleur le *« OT »* « d' ERG*OT*HERAPIES ». En insistant sur la calligraphie du mot « ergothérapies » les responsables de la publication veulent insister sur l'appellation internationale d'ergothérapeutes en l'occurrence « Occupational Therapists ».

dans le CSPP (Conseil supérieur des professions paramédicales), ils participent à des groupes de travail dans le cadre de la procédure d'accréditation de tous les établissements de santé lancée par l'ANAES[36] (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), etc. A ce titre, ils rendent compte régulièrement dans le Bulletin de Liaison des travaux effectués, des « nouveaux chantiers » à explorer... Quel sens donner à cette forme de communication interne ?

La diffusion d'un Bulletin de Liaison s'inscrit dans un projet d'information et de mobilisation des ergothérapeutes adhérents. Les numéros qui se succèdent ont le souci de restituer les projets réalisés et ceux en cours. Les projets des instances régionales rapportés par le Bulletin de Liaison à chaque numéro sont autant de témoignages qui prouvent que les ergothérapeutes ne sont pas inactifs, que dans chacune des régions il y a des ergothérapeutes qui s'engagent. Et les responsables de ces instances ne manquent pas une occasion, surtout dans la première livraison du Bulletin de Liaison[37] de l'année, de solliciter les bonnes volontés:

« (...) Nous débutons l'année avec une forte volonté de faire aboutir notre projet d'annuaire professionnel. (...)

VENEZ NOUS REJOINDRE ? POUR VOUS, POUR NOUS ET POUR NOTRE PROFESSION ! »

(Instance Ile-de-France, 2001, 1)

« (...) J'en appelle à la responsabilité de chacun pour que l'ANFE soit présente dans notre région et que nous soyons bien en lien avec les dossiers travaillés au niveau national. (...) Nous ne sommes pas nombreux et il est important que nous soyons en réseau, que nous nous entraînions et apportions chacun notre contribution pour l'avenir de l'ergothérapie. (...) ***N'oublions pas qu'être adhérent à une association n'est pas seulement y être consommateur. Les idées, les remarques, le travail de chacun y sont importants[38]... »***

(Instance Est, 2001, 1)

---

[36] Dans le cadre de la réforme du système de soins français il a été crée en 1996 l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), son but est double :

- faire un état des lieux des pratiques thérapeutiques de chaque établissement de santé
- contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Du premier but découlera le deuxième c'est à dire que le premier but ressemble à une démarche d'évaluation, de mesure des pratiques existantes pour aboutir à une amélioration de ces mêmes pratiques par la suite.

[37] Le contenu des articles émanant des instances régionales du premier Bulletin le Liaison de l'année 2001 est particulièrement significatif.

[38] Cet appel aux bonnes volontés fait suite à la vacance des postes de délégués à l'ANFE Est pour l'année 2001. La dernière phrase est surlignée par l'auteur du texte.

« (...) L'équipe régionale compte maintenant une bonne quinzaine de personnes et pourra réaliser de nombreux projets en 2001 grâce à la mise en place de groupes de travail spécifiques à chaque action. Les réunions mensuelles sont ouvertes à tous. N'hésitez pas à nous contacter si vous voulez participer soit aux réunions, soit à l'une des actions en cours...plus nous serons nombreux, plus l'ergothérapie progresse. »

(Instance Rhône-Alpes, 2001, 1)

Le Bulletin de Liaison joue dans ce cas pleinement son rôle de dynamique ou de relais pour appeler à la mobilisation sur des projets au niveau des régions. Même si des actions de l'instance Rhônes-Alpes n'intéressent pas directement des ergothérapeutes d'Ile-de-France, elles rappellent toutefois que d'autres actions sont possibles et qu'elles sont généralisables sur l'ensemble du territoire. A travers le Bulletin de Liaison l'ANFE adopte bien cette fonction de catalyseur d'initiatives mais aussi de transmetteur d'appels au mouvement.

Effet d'âge et adhésion à l'ANFE

Comme tout salarié les ergothérapeutes ne se situent-ils pas entre la mobilisation et l'attentisme ? Sachant que l'adhésion à l'ANFE est une garantie supplémentaire dans la participation à la promotion de l'ergothérapie les responsables ont le souci de toucher toutes les tranches d'âge, toutes étant à priori « mobilisables ». La communication de l'ANFE vise à attirer le plus grand nombre d'adhérents. Si l'ANFE considère que la promotion est le but principal de l'association, ne faut-il pas que ce but soit clairement précisé pour obtenir une mobilisation plus franche des ergothérapeutes[39] ? Beaucoup d'ergothérapeutes traduisent la promotion de l'ergothérapie par la reconnaissance pleine et entière de la profession dans le maintien à domicile, par l'autorisation d'exercer en libéral sur la base d'actes en ergothérapie remboursés. Ces buts sont certainement suffisants pour susciter des vocations de militants

---

[39] Le paradoxe de M. Olson n'est pas transposable pour les ergothérapeutes.
M. Olson, Logique de l'action collective, Paris, PUF, 1978.
En quoi consiste le paradoxe de M. Olson ? Une stratégie rationnelle veut que certains individus n'agissent pas, restent tranquillement chez eux en attendant que les choses se fassent d'elles-mêmes. Autrement dit si les revenus des salariés d'une entreprise augmentent suite à une grève, ils augmentent pour tous les salariés même pour ceux qui n'ont pas suspendu le travail. Ces derniers sont pourtant très intéressés à ce que les salaires augmentent mais ne voient pas l'utilité de faire grève car cette action a un coût, le non paiement des journées de grève. Le paradoxe consiste à souligner que le but de la grève a été atteint sans que tous les salariés participent à celle-ci.
Concernant l'ergothérapie, tous les ergothérapeutes partagent un intérêt commun celui d'obtenir une meilleure reconnaissance de leur profession. Mais pour arriver à ce but, la stratégie individuelle (rationnelle) qui consiste à attendre que les autres ergothérapeutes fassent la promotion de la profession ne fonctionne pas. Les ergothérapeutes ne sont pas assez nombreux pour s'engager individuellement dans ce type de stratégie. Se fier à la bonne volonté du « voisin » est rationnellement incorrect à cause du faible nombre d'ergothérapeutes par rapport à l'importance de la tâche. Le paradoxe perd ainsi tout son sens.

sauf que les nouveaux entrants dans le champ ne sont pas toujours assez nombreux et aguerris. Si des jeunes arrivants n'ont pas encore entièrement intériorisé la logique de fonctionnement du champ (nous faisons référence ici aux étudiants en ergothérapie par exemple) ils peuvent néanmoins se permettre d'entretenir toutes les ambitions.

Tableau 5 : Les ergothérapeutes (selon l'âge) et l'adhésion à l'ANFE (en %)

	Adhérent à l'ANFE (1)	Non adhérent à l'ANFE (2)	Total	Ecart des pourcentages (1) – (2)
Tranche d'âge 1	65.8	34.2	100	31.6
Tranche d'âge 2	33.8	66.2	100	- 32.4
Tranche d'âge 3	35.3	64.7	100	- 29.4
Tranche d'âge 4	35.8	64.1	100	- 28.3
Tranche d'âge 5	38	62	100	- 24
Tranche d'âge 6	54.1	45.9	100	8.2
Tranche d'âge 7	50	50	100	0

Source : Enquête Ergothérapeutes - Mars 2000

Seules pour les tranches d'âge 1 et 6 la part des adhérents est supérieure à celle des non-adhérents. Tandis que pour la tranche d'âge 7 la répartition entre non-adhérents et adhérents est identique. Mais pour les tranches de 2 à 5 la tendance s'inverse en faveur des non-adhérents puisque l'écart est d'environ trente points pour chaque tranche concernée. Pourtant l'ANFE a besoin de toutes les classes d'âge pour agir, notamment celles qui ont accumulé le plus d'expériences. De plus, ce sont bien les tranches d'âge intermédiaires (de 2 à 5 généralement) qui apportent le plus souvent un certain souffle car elles sont porteuses de souhaits de promotion.

Dans ce projet de vouloir faire la promotion de l'ergothérapie, l'ANFE a d'abord le souci de communiquer en interne pour sensibiliser et mobiliser les ergothérapeutes. Mais elle se heurte à une population de professionnels certes imprégnée par le rapport aux autres professions mais qui ne s'engage pas suffisamment et avec détermination. Toutefois, et c'est le lot de toute entreprise qui se veut ambitieuse, l'ANFE développe aussi une politique de communication à l'externe qui a un réel impact. De quoi s'agit-il ?

Les publications de l'ANFE : entre la volonté de communiquer en interne et en externe

Au lieu de parler de communication ne serait-il pas préférable de parler de stratégies de communication de la part de l'ANFE ? L'ANFE en sollicitant régulièrement les ergothérapeutes pour participer à des actions cherche-t-elle la maîtrise intellectuelle du champ ?

Dans un premier temps, l'ANFE publie régulièrement livrets, livres, plaquettes et actes de Journées régionales pour mieux faire connaître la profession. Certaines publications sont à diffusion restreinte et se limitent à un public d'ergothérapeutes et de spécialistes de la rééducation notamment. D'autres, par contre, ont pour vocation de toucher un public très large, elles émanent généralement de groupes attachés à une instance régionale et qui se lancent dans un travail de recherche, de rédaction et de mise en page d'un thème. Par exemple un groupe d'ergothérapeutes appartenant à l'ANFE Est s'est lancé en 1997 dans un projet de publication « d'un livret de prévention » à usage pratique dont le titre est : « Mieux vivre son dos au quotidien.[40] » De plus, des plaquettes à diffusion large sont régulièrement mises à jour et distribuées aux professionnels et aux institutions susceptibles de s'y intéresser (hôpitaux, médecins, administration, entreprises...).

L'ANFE participe à des « salons professionnels et grand public » dont les plus récents ont pour thèmes principaux le handicap, la dépendance et le maintien à domicile. Ces salons associent les fabricants de matériels divers, les spécialistes de la rééducation et de la réadaptation, des travailleurs sociaux, les associations pour handicapés, les représentants de l'administration... et le grand public[41].

L'organisation du congrès européen des ergothérapeutes à Paris en septembre 2000 est le résultat d'un travail de divers responsables de l'ANFE. Ce type de manifestation permet la multiplication des échanges, la mise à jour de nouvelles pratiques en ergothérapie et la publication des actes du colloque. Ces rencontres ouvrent aussi sur de nouvelles perspectives

---

[40] Ce livret a obtenu un large succès notamment auprès des entreprises qui optent pour une politique de prévention du mal de dos.
A la suite de ce premier livret l'ANFE Est a rédigé un deuxième livret dans un but de prévention aussi et dont le titre est : « Mieux vivre son âge au quotidien. »

[41] Exemples de salons :
- Salon HANDICA *2001*, 22 au 23 mars 2001 à Lyon
- AUTONOMIC *Sud*, du 17 au 19 mai 2001 à Toulouse
- AUTONOMIC *méditérranée* le 12 et 13 décembre 2002 à Marseille.

Dans le cadre d'AUTONOMIC *Sud* les ergothérapeutes de l'ANFE Midi-Pyrénées ont organisé un colloque et ont animé un stand sur les trois jours que durait le salon. Ce ne sont pas uniquement des salons réservés aux seuls professionnels, les particuliers y sontconviés aussi pour leur information personnelle.

de recherche qui vont ensuite alimenter les revues à caractère scientifique dont le Journal d'Ergothérapie[42].

L'intérêt pour l'ANFE de développer la recherche

Le rapport au savoir est essentiel pour pouvoir maîtriser l'évolution de la profession. L'appropriation du savoir est une condition de la professionnalisation et donc de la reconnaissance de la profession. Le champ de la recherche est un champ de forces, la reconnaissance et la légitimation de la profession dépendent de la qualité des travaux et de la manière dont ils se diffusent et se font connaître d'où l'intérêt de développer un journal :

« Mais l'essentiel du journal est ce que les professionnels y apportent, c'est à dire le reflet de leurs différentes pratiques, des études de cas et des expériences nouvelles. C'est grâce à ces témoignages et à la manifestation plus fréquente et plus diversifiée d'auteurs que le journal pourra continuer à exister, à jouer son rôle de trait d'union, à enrichir nos pratiques, et ainsi à contribuer à la reconnaissance et à la promotion de l'ergothérapie.[43] »

La collaboration avec d'autres professions médicales et paramédicales peut, de ce point de vue, être enrichissante. L'existence de l'ergothérapie ne tient-elle pas à la maîtrise d'un objet de connaissances spécifiques telle que la « science de l'activité » ? Le contenu pluridisciplinaire des études des ergothérapeutes représente plutôt un atout qu'une faiblesse. En effet, la jeunesse de cette profession lui ouvre des domaines de recherches nouveaux avec des approches nécessairement pluridisciplinaires [médecine (anatomie, physiologie, cinésiologie, neurologie, etc.), psychologie (approche relationnelle et cognitive) et technologie (fabrication d'appareillages, ergonomie...)] qui réappropriées par des ergothérapeutes-chercheurs ressemblent plutôt à des atouts. Les échanges d'expériences, de travaux de recherche entre ergothérapeutes sont largement encouragés par les responsables du Journal d'Ergothérapie qui sont membres de l'ANFE :

« Le dynamisme d'une profession se mesure couramment par la qualité des écrits qu'elle produit. Par leurs réflexions ou leurs méthodes d'exploration, les auteurs permettent d'élaborer ou de faire évoluer des concepts. Ces échanges participent à l'acquisition d'une culture commune, d'une identité professionnelle.[44] »

Les ergothérapeutes d'Amérique du Nord ont bien compris l'intérêt de faire de la recherche :

---

[42] Ce journal a récemment changé d'éditeur (année 2000) mais aussi de nom puisqu'il s'intitule désormais « ERGOTHERAPIES » comme le Bulletin de Liaison.
[43] D. Darnault, Editorial du Journal d'Ergothérapie, Masson, N°1, 1992, p. 2.
[44] Extrait de l'éditorial rédigé par le comité de rédaction du Journal d'Ergothérapie, Masson, N° 1, 1997, p. 2.

« La recherche est la seule façon de favoriser l'expansion continue des connaissances en ergothérapie. Ce choix de vision permet d'éviter la stagnation de la profession, de favoriser la théorie basée sur la pratique, de déterminer l'efficacité des interventions.[45] »

Les ergothérapeutes d'Amérique du Nord indiquent généralement la voie à l'Europe et plus particulièrement à la France en matière de recherche et de nombre de publications. A l'exemple du Québec où il existe un doctorat en ergothérapie. Historiquement mieux ancrée, la vocation de recherche est clairement établie dans ces pays, l'ergothérapie a toute sa place dans le monde universitaire et dans les unités de recherche dans les hôpitaux. La recherche prend alors des directions très diverses autant vers les domaines occupationnels (traitement des pathologies, soins, conseils, bilans ergothérapiques...), restant ainsi cantonné dans le cadre traditionnel d'intervention, que vers une recherche plus théorique qui est habituellement l'apanage des disciplines universitaires comme la médecine, la psychologie, la sociologie. Dans ce cas, les ergothérapeutes sont impliqués dans des domaines où leur contribution s'avère intéressante aussi.

En France, la recherche en ergothérapie reste globalement peu valorisée, les Instituts de formation en ergothérapie n'entretiennent pas de relations avec la sphère universitaire. La recherche existe, elle est essentiellement clinique ou empirique et elle est assurée par des ergothérapeutes souvent en dehors de leur temps de service. L'Etat, les établissements hospitaliers n'ont pas prévu de structures de recherche en ergothérapie. L'initiative de la recherche revient donc aux ergothérapeutes eux-mêmes c'est à dire aux réseaux qu'ils constituent entre eux. L'ANFE est de ce point de vue (comme nous l'avons montré) un initiateur important de programmes de recherche qui débouchent sur des publications régulières[46]. Là encore l'ANFE s'appuie sur des personnes motivées qui accordent un peu de

---

[45] C.J. Dubouloz, S. Duquette, J. Award, P. Perron, Profil descriptif de la recherche en ergothérapie en Amérique du Nord depuis les années 70, Journal d'ergothérapie, Masson, N°3, 1997, p. 82.
Les ergothérapeutes étrangers sont nombreux a rédigé des articles dans le Journal d'Ergothérapie surtout ceux de langue française tels les Québécois.

[46] Nous rappelons qu'une deuxième publication à vocation scientifique est éditée en dehors de celle initiée par l'ANFE, ce sont les « Expériences en ergothérapie » qui se déroulent dans le cadre de rencontres en médecine physique et réadaptation à Montpellier avec le concours de l'Institut de formation en ergothérapie de cette ville. Les publications régulières sont toujours l'occasion de faire le point sur les différentes pratiques en ergothérapie. L'extrait de l'éditorial qui suit est rédigé par un médecin le docteur Simon directeur de l'Institut de formation en ergothérapie de Montpellier et il précise :

« Les médecins de médecine physique et de réadaptation doivent prendre connaissance des nouvelles techniques d'ergothérapie et des vastes possibilités qu'elles offrent.

Les kinésithérapeutes se retrouvent auprès des mêmes malades que les ergothérapeutes tout en utilisant des techniques différentes. Il faut aujourd'hui qu'ils sachent ce que l'ergothérapie peut leur apporter de complémentarité.

Le personnel soignant, médecins, praticiens, infirmiers...connaissent mal l'ergothérapie. Ils pourront la découvrir ici ; c'est un message qui leur est destiné. »

L. Simon, Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N°6, 2000,p. 2.

leur temps pour parler de leurs pratiques (tableau 6). Est-ce suffisant pour arriver à promouvoir l'ergothérapie ?

Tableau 6 : Les ergothérapeutes (selon l'âge) et la participation à des projets de recherche (en %)

	Participent à des projets de recherche	Ne participent pas à des projets de recherche	Total	Ecart des pourcentages (1) – (2)
Tranche d'âge 1	13.1	86.9	100	- 73.8
Tranche d'âge 2	19.3	80.7	100	- 61.4
Tranche d'âge 3	26.5	73.5	100	- 47
Tranche d'âge 4	18.9	81.1	100	- 62.2
Tranche d'âge 5	50	50	100	0
Tranche d'âge 6	62.5	37.5	100	25
Tranche d'âge 7	21.4	78.6	100	- 57.2

Source : Enquête Ergothérapeutes - Mars 2000

Plus les ergothérapeutes interrogés avancent en âge plus ils participent à des projets de recherche sauf pour la tranche 4 et la tranche 7. Jusqu'à 40 ans les ergothérapeutes participent relativement peu à des projets de recherche. A nouveau les tranches d'âge 5 et 6 (entre 40 et 50 ans) réunissent les ergothérapeutes les plus engagés dans des activités de recherche (seules tranches d'âge où l'écart des pourcentages n'est pas négatif). La prime à la recherche revient donc à des ergothérapeutes plus âgés qui ont accumulé de l'expérience et qui ont une bonne maîtrise des pratiques thérapeutiques. Mais cette maîtrise est aussi l'apanage des tranches d'âge entre 30 et 40 ans sauf qu'elles prennent moins part à des initiatives en matière de recherche. Une fois encore l'âge (et donc l'expérience et l'ancienneté) détermine en grande partie la participation ou non à des actions diverses.

Ces propos du docteur Simon sont sans nuance sur la connaissance de l'ergothérapie par les autres professions d'où ce souci de communication. L'ANFE n'est donc pas la seule organisation à proposer des écrits à caractère scientifique. Par ailleurs, l'ANFE accorde depuis quelques années le prix du meilleur mémoire étudiant qui sanctionne la production étudiante la plus méritante, résultat d'un travail de recherche effectué en troisième année d'étude.

L'ANFE par sa politique de communication essaye de mobiliser ces tranches d'âge qui sont les plus susceptibles de changer l'ordre des choses[47]. Un travail qui n'apporte pas toujours les résultats escomptés (tableau 7).

Tableau 7 : Les adhérents à l'ANFE et la participation à des projets de recherche (en%)

	Participent à des projets de recherche	Ne participent pas à des projets de recherche	Total
Adhérents de l'ANFE	35.9	64.1	100
Non adhérents à l'ANFE	23.2	76.8	100

Source : Enquête Ergothérapeutes - Mars 2000

L'appartenance à l'ANFE n'est pas déterminante dans la participation à des projets de recherche. Il y a une différence de 12.7 points (ce qui est assez faible) entre les adhérents (35.9 %) et les non-adhérents (23.2 %) dans les actions menées en faveur de la recherche. Les occasions de participer à des projets de recherche ne manquent pas, il est plus qu'urgent selon l'éditorialiste du journal d'Ergothérapie « à exposer les compétences » des ergothérapeutes surtout lorsque les encouragements viennent de l'administration elle-même :

« Depuis les Ordonnances du 24 avril 1996, l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) travaille autour de la notion de Références médicales opposables (RMO). De tels procédés sont déjà en place dans bien des pays. Il s'agit de proposer des actes et des processus de soin qui possèdent un aval scientifique incontestable, un minimum requis en quelque sorte. (...)

[47] Nous sommes bien dans un rapport de dominants à dominés. La stratégie de l'ANFE est de renverser ce rapport ou au moins de l'infléchir. Bon nombre d'ergothérapeutes ont quelque peu intégré ce rapport de domination qui est en leur défaveur mais ils sont peu disposés à agir. Leur histoire et leur parcours les incline-t-il à faire des choix en conformité avec la position « modeste » de leur profession ?
La position de retrait que tiennent un certain nombre d'ergothérapeutes se traduit par le souhait de changer d'emploi. Près d'un tiers des ergothérapeutes interrogés (36.2%) ont envisagé d'arrêter la profession d'ergothérapeute contre 68.8%. Parmi les causes qui sont avancées pour expliquer ce possible choix, il y a: «

- *la rareté des postes d'ergothérapeutes offerts ce qui empêche une véritable mobilité géographique voire professionnel*
- *l'absence de déroulement de carrière*
- *le peu de reconnaissance dont bénéficie la profession*
- *le besoin de changer*
- *pas de possibilité de s'installer en libéral*
- *les difficultés de travailler avec une population en souffrance*
- *pas de véritable identité professionnelle. »*

*Les professions paramédicales sont invitées à participer à cette dynamique (...), **à exposer leurs compétences**. (...)*

Dans notre espace professionnel, que les Québécois décrivent comme concurrentiel, les acteurs du soin vont devoir prouver la valeur scientifique de leur pratique.[48] »

L'administration[49] « rattraperait-elle » les professionnels dans leurs pratiques ? Certes l'ANAES, d'après les textes officiels, ne s'immisce pas dans les questions de compétences de chacune des professions intervenant à l'hôpital mais nul n'ignore qu'énoncer des référentiels en matière de prise en charge du patient pose inévitablement la question de la place des professions paramédicales dans le système de soins.

Finalement, dans sa politique de communication, l'ANFE, en tant qu'instance représentative, indique le chemin à suivre pour que les intérêts individuels convergent vers un intérêt commun celui d'un gain de légitimité. De ce point de vue l'accréditation lancée par l'ANAES pourrait être une chance pour l'ergothérapie d'obtenir un nouveau décret d'actes qui préciserait les domaines de compétences des ergothérapeutes et les officialiserait. La nature des liens entre l'administration et la profession d'ergothérapeute est toujours équivoque mais elle a l'avantage d'évoluer, à charge pour les ergothérapeutes de s'adapter, d'où l'intérêt pour l'ANFE de communiquer :

La politique de communication de l'ANFE

ANFE

Communication interne

↓

Sensibilisation des ergothérapeutes

↓

[48] J-F Bodin, Editorial du Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1999, p. 2.

[49] L'objectif est de mettre le patient au centre du système en exigeant de la part des professionnels de la santé davantage d'implication. L'accréditation, d'après les textes officiels, n'est ni un moyen d'allocation des ressources ni un mode d'inspection et de contrôle de conformité, pas même une technique d'évaluation des compétences individuelles. En réalité l'ANAES propose des référentiels ou critères d'accréditation dans des domaines aussi divers que la prise en charge du patient, le management de l'établissement, la gestion des ressources humaines, etc. L'accréditation par cette agence dépend du respect de ces référentiels. Mais des questions restent ouvertes : Quelles conséquences aura cette accréditation sur la gestion des compétences, sur les manières de pratiquer les soins ? Ne doit-on pas voir dans cette procédure d'évaluation une volonté de normaliser les actes thérapeutiques pour en réduire le coût ?

Recherche

↓

Production

(Livrets, plaquettes, articles, etc.)

↓

Communication externe

↓

Nouvelle position ?

Parmi les diverses actions qu'entreprend l'ANFE, la communication est un axe important qui est particulièrement privilégié dans la course à la légitimation de la profession. Mais l'ANFE doit également veiller à entretenir des relations avec d'autres associations pour renforcer son assise et ses points d'appui.

3. 2. Renforcer les liens institutionnels

Les liens de l'ANFE avec les organisations internationales

Le développement des liens avec d'autres organisations renforce la représentativité et la légitimité de l'ANFE. Quelles sont ces organisations ? En quoi représentent-elles une utilité pour l'ergothérapie en France ?

Nous retiendrons trois organisations (en plus de l'ANFE) qui nous paraissent être déterminante dans la promotion de l'ergothérapie :

1. Le COTEC (Commitee of occupational therapists for the european communities) ou Communauté européen des ergothérapeutes
2. La WFOT (World federation of occupational therapists) ou Fédération mondiale des ergothérapeutes
3. l'UIPARM (Union interprofessionnelle des associations de rééducateurs et médico-techniques)

Les deux premières organisations défendent spécifiquement l'ergothérapie, la troisième prend plutôt position pour certaines professions paramédicales dont les diététiciens, les psychomotriciens, les manipulateurs en électroradiologie, les kinésithérapeutes salariés,

les techniciens de laboratoire, les coordonnateurs, les préparateurs en pharmacie hospitalière et les ergothérapeutes.

Dans le cas de la WFOT[50] et du COTEC[51] les objectifs sont clairs : développer la pratique de l'ergothérapie dans le monde entier. Trois axes sont ainsi privilégiés pour arriver à ce but :

- soutenir les associations nationales d'ergothérapeutes pour créer des liens avec leur gouvernement ou autres instances dans leur pays
- développer la communication (publications, aide à l'organisation de congrès...)
- encourager la qualité de la pratique professionnelle.

Dans ce contexte l'ANFE et l'UIPARM se sentent particulièrement soutenues dans leur démarche de promotion de la profession d'ergothérapeute. Concernant la démarche qualité par exemple les deux instances insistent sur l'amélioration des soins dispensés par les ergothérapeutes, la réputation et la crédibilité de l'ergothérapie étant en jeu[52]. Mais que signifie une amélioration de la qualité des soins en ergothérapie ?

« La qualité se définit comme l'ensemble des caractéristiques qui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites, pour un service. Ces caractéristiques peuvent comprendre les aspects relationnels (accueil et dialogue), des conditions d'ambiance, de confort et des aspects liés au temps (respect des horaires) et des dispositions propres à faciliter la tâche des usagers (formules simples et notices claires).[53] »

Les établissements hospitaliers adoptent des procédures qui ressemblent à autant de normes. La démarche qualité revêt un caractère normatif parce qu'elle indique ce « qui doit être » en matière de soins :

« Pour l'ergothérapeute la rédaction d'un « descriptif de soins » l'incite à réfléchir sur son organisation et la qualité de la prise en charge de ses patients. (...) Une fois les activités définies et les procédures mises en route, il conviendra d'évaluer l'action de l'ergothérapeute par la recherche d'indicateurs de qualité.[54] »

---

[50] Organisation qui représente l'ergothérapie au niveau international depuis 1952 et regroupe actuellement une cinquantaine de pays membres.
[51] Organisation qui a été fondée en 1986, elle compte 19 pays membres.
[52] Sans avoir attendu la création de l'ANAES comme instance officielle prônant également cette démarche qualité la WFOT et le COTEC ont pris la mesure des enjeux en terme de définition de l'ergothérapie et en terme de description précise de la thérapie proposée pour telle pathologie ou telle pathologie.
[53] M. Sintes, B. Deant, L'ergothérapie au sein de la démarche qualité dans une clinique de rééducation fonctionnelle, Expériences en ergothérapie, Sauramps Médical, N°4, 1998, p. 49.
M. Sintes est ergothérapeute. B. Denat est médecin-chef.
[54] Ibid, p. 51.

La recherche de la qualité de soins oblige à raisonner en moyens-fins, n'invite-t-elle pas à décomposer l'acte ergothérapique et à préciser exactement quels sont les moyens à la disposition de l'établissement pour arriver à prodiguer les meilleurs soins ? Quelles possibilités de concertation a l'ergothérapeute avec d'autres collègues (y compris ergothérapeutes) pour se mettre d'accord sur une procédure de soins commune ? Là il appartient à l'ANFE mais aussi aux autres instances (WFOT, COTEC) d'accomplir leur travail d'initiateur, de force de proposition et de concertation pour obtenir finalement un cadre de compétences particulier aux ergothérapeutes[55]. L'idée de proposer un référentiel national voire international en matière de pratiques ergothérapiques y répond certainement :

« *Un référentiel répond à un besoin de clarification pour les ergothérapeutes eux-mêmes peut-être et surtout pour l'Administration (le ministère de la Santé, l'ANAES, des directions d'établissement, les médecins,...).*

Il aidera les créateurs de services d'ergothérapie à construire leur démarche et leurs outils d'évaluation.

Il permettra de travailler l'interdisciplinarité avec nos collègues paramédicaux.

Il pourra servir aux ergothérapeutes dans leur relation avec leur client (clarification de la démarche professionnelle).

Enfin, il sera le document de référence pour l'enseignement dans les écoles d'ergothérapie.[56] »

Un référentiel est l'occasion de se positionner par rapport aux autres professions paramédicales sur les domaines qui relèvent de la pluridisciplinarité et sur les compétences qui sont spécifiquement rattachées à l'ergothérapie. De plus, il représente une base de travail pour le renouvellement éventuel des programmes des Instituts de formation en ergothérapie. A terme est-il possible d'imaginer une complète refonte des études des professions paramédicales à partir d'une réelle mise à plat des compétences de chacune des professions[57] ? De ce point de vue l'UIPARM n'a-t-elle pas été créée, en partie, dans cette perspective ?

---

[55] D'ailleurs l'ANFE travaille avec l'ANAES pour élaborer des « recommandations professionnelles » c'est à dire des pratiques professionnelles communes. A ce titre, l'ANFE a lancé en juillet 2000 un questionnaire aux ergothérapeutes qui est destiné à répertorier un large éventail des pratiques professionnelles afin d'en référer à l'ANAES.

[56] A. Moreau, Bulletin de Liaison, N°2, 1999.

[57] Là encore, l'ANFE entretient des relations étroites avec le SNDEE (syndicat des directeurs d'écoles) autour d'une réflexion sur le contenu des études.

Les liens de l'ANFE avec l'UIPARM

L'UIPARM s'est ainsi fixé le but d'œuvrer dans le sens d'une vaste concertation entre professions de la rééducation et du médico-technique. Les responsables de l'UIPARM ont bien pris conscience des enjeux que représente la question des compétences de chacune des professions : l'expression « compétences partagées » est à l'ordre du jour. Il s'agit pour cette association de préciser les compétences qui sont communes à plusieurs professions lors de la prise en charge globale du patient et lors de l'opération de « décloisonnement [58] ». L'établissement de compétences partagées doit déboucher sur la rédaction d'un décret d'actes, cadre officiel de la répartition des compétences. Cette rédaction détermine ensuite les décrets d'actes de toutes les autres professions[59]. En fait l'UIPARM demande de participer à une vaste réflexion sur la place de chacune des professions paramédicales dans un contexte de changement (maîtrise des dépenses de santé, accréditation des services hospitaliers, etc.).

Renouvellement des décrets d'actes

Mise à plat des pratiques donc des qualifications de chacune des professions

↓

Détermination des compétences partagées

↓

Rédaction des nouveaux décrets d'actes pour toutes les professions paramédicales

Le renouvellement des décrets d'actes est important pour définir les positions dans le champ des professions paramédicales. Les journées d'études de l'UIPARM se succèdent pour

---

[58] Nous avions évoqué la question de la prise en charge globale dans un chapitre précédent pour montrer combien les ergothérapeutes sont prêts ou préparés dans ce domaine. Le concept de « compétences partagées » signifie d'abord qu'un pas a été effectué en direction d'une plus grande reconnaissance des compétences de chacune des professions et ensuite il vise à encourager une mise en commun de ces mêmes compétences au service du patient.
Le décloisonnement consiste à ne plus se contenter d'une structure unique tel un établissement hospitalier pour assurer des soins mais à diversifier les structures en proposant par exemple des soins à domicile.

[59] Il existe des professions paramédicales sans décrets d'actes comme les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers et les diététiciens, celui des ergothérapeutes date de 1986. D'ailleurs le décret d'actes des ergothérapeutes mérite, selon les responsables de l'ANFE, d'être revu au regard de l'évolution des techniques d'intervention et des pathologies.

arriver à dégager des zones de compétences partagées. A la journée d'études du 21.01.2000 les infirmiers[60] étaient conviés pour confronter les avis sur la question des compétences :

« Par exemple, le décret d'actes infirmiers liste une quantité d'actes impressionnante alors que celui des actes ergothérapiques présente des activités et des situations, si bien que leur comparaison ne rend guère visible les actes d'ergothérapie. Insupportable démonstration qui laisse à penser que nous, ergothérapeutes, ne faisons pas grand chose.[61] »

L'avis du ministère de la Santé (en tant qu'instance régulatrice) sur cette question des qualifications est décisif car c'est lui qui décide d'engager ou non des négociations sur ce sujet. Ne sommes-nous pas en présence d'un nouveau rapport de forces entre d'un côté des organisations représentatives de professions et de l'autre côté une organisation bureaucratique régulatrice, l'Etat ? N'est-ce pas dans l'intérêt de l'ANFE d'être présente sur le terrain de la négociation par le biais de l'UIPARM ou sous une autre forme ?

3. 3. L'obligation de négocier[62]

Négocier pour obtenir un remboursement des actes

Le travail des responsables de l'ANFE est de maintenir un contact régulier avec l'administration. Par exemple, l'ANFE essaie d'obtenir de l'administration donc des pouvoirs publics une ou des décisions réglementaires relatives à leur décret d'actes. Elle souhaite obtenir une nomenclature pour les actes que pratiquent les ergothérapeutes afin d'envisager leur remboursement et par la même la possibilité d'une installation en libéral. L'absence de nomenclature est justement la raison principale (à plus de 70%) qui fait renoncer les ergothérapeutes interrogés à s'installer en libéral[63]. C'est un sujet auquel sont très attachés les ergothérapeutes et tout particulièrement l'ANFE. A ce propos, les ergothérapeutes chargés du

---

[60] Les infirmiers ne sont pas membres de l'UIPARM.

[61] H. Hernandez, Bulletin de Liaison, N°1, 2000.
H. Hernandez a rédigé un article qui résume cette journée d 'études de l'UIPARM.

[62] Il faut s'accorder sur le terme « négocier ». Dans le cas des ergothérapeutes les négociations avec le ministère par exemple sont plutôt des discussions, des entretiens sur la base de propositions concrètes, la menace d'une quelconque manifestation ou grève y est quasiment absente. Le rapport de forces est en défaveur des ergothérapeutes au départ.

[63] La question 23 est libellé de cette façon : *« Quelles sont la ou les raisons principales qui vous font renoncer à vous installer en libéral aujourd'hui ?»* Plusieurs réponses étaient proposées : «

1. *L'absence de nomenclature et le risque financier qui en découle*
1. *L'apparition de nouvelles contraintes (horaires notamment)*
1. *L'absence de sécurité d'emploi*
1. *Autre : …… »*

Les ergothérapeutes avaient la possibilité de cocher plusieurs réponses : 71.1% des ergothérapeutes se prononcent pour la première réponse, 24.4% pour la seconde, 18.9% pour la troisième et 20.9% pour la quatrième.

dossier « libéral » à l'ANFE (ainsi que des ergothérapeutes hors ANFE) ont travaillé sur la rédaction d'une Charte[64] pour donner une assise déontologique et éthique à la pratique de l'ergothérapie en libéral. C'est une manière de presser les responsables de l'administration à réagir et surtout à reconnaître qu'il y a des initiatives qui sont prises. Cette charte possède un caractère symbolique, elle n'engage que les ergothérapeutes qui la signent mais elle a aussi la vocation, selon ses auteurs, à être une référence pour tous les ergothérapeutes qui pratiquent dans diverses structures. L'absence de remboursement des actes n'est toutefois pas un obstacle à l'installation en libéral puisque des possibilités de remboursement de prestations à domicile, surtout en ville, existent. L'ANFE réclame donc un remboursement des actes en ergothérapie ce que le ministère refuse pour l'instant, elle considère que la prise en charge à domicile est une occasion pour les ergothérapeutes de pratiquer pleinement leur art autour de la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. Bref l'autonomie se conquiert au domicile, dans un environnement plus familier au patient[65].

Abordons un deuxième cas qui est celui de la réforme du programme des études en ergothérapie.

Négocier pour obtenir une réforme du programme et de la durée des études

La question de la réforme des études paramédicales est un débat qui engage les professions concernées sur les problèmes de la durée des études, sur des questions de contenu des études et par ailleurs sur la qualification des titulaires des diplômes et sur leur prétention en terme de rémunération. Quatre points qui sont liés en un seul et qui réunissent régulièrement les responsables ministériels et les responsables de l'ANFE[66]. Nous proposons une brève chronologie de l'évolution des négociations[67] depuis 1988:

Année 1988 : lancement d'une pétition nationale pour obliger le ministère à prendre en compte le souhait de l'ANFE de participer au débat sur l'allongement de la durée des études, débat initialement réservé aux kinésithérapeutes.

---

[64] B. Carlino, O. Séraphin, La Charte française des ergothérapeutes libéraux, Journal d'Ergothérapie, Masson, N° 1, 2000, p. 11 à 15.
B. Carlino, O. Séraphin sont ergothérapeutes en libéral. Avec le concours de l'instance « libéral » de l'ANFE ils ont exposé cette Charte en indiquant qu'elle n'a pas de valeur juridique dans la mesure où il n'existe pas un Ordre des ergothérapeutes (à l'équivalent d'un Ordre des médecins) en France mais qu'elle est assimilable à un engagement moral.
[65] Le Journal d'Ergothérapie multiplie les articles ces dernières années au sujet de l'exercice libéral. Et le Bulletin de Liaison se fait régulièrement l'écho de l'évolution du dossier « libéral ».
[66] Dès 1989, l'ANFE a lancé un groupe de travail sur la question du chiffrage du programme des études.
[67] Eléments tirés de Bulletins de Liaison successifs.

UNIVERSITE DE METZ S.C.D.

Année 1989 : rencontre avec le secrétaire d'Etat auprès des personnes handicapées, G. Gillibert. La durée des études doit évoluer vers quatre années.

Année 1995 : Entrevue avec E. Hubert, ministre de la Santé. La ministre s'est montrée prudente sur un allongement éventuel de la durée des études sur quatre ans craignant une dynamique du « toujours plus ».

Année 2000 : L'ANFE et le SNDEE ont eu un entretien avec le professeur Levy (ministère de la Santé) et le professeur Lauret (ministère de l'Education nationale). La question portait à nouveau sur la réforme du 1° cycle des études de santé. Les deux associations ont proposé une réforme sur la base de 3 + 1 ans dans un cadre universitaire. Il y aurait une année préliminaire qui remplacerait les « prépas » actuelles. Ces dernières d'après elles ne servent pas le projet de formation professionnelle[68]. L'ANFE et le SNDEE proposent une première année commune dans un UFR[69] (donc dans un cadre universitaire) à des étudiants qui voudraient s'engager sur la voie des professions de santé (médicale et paramédicale). Cette première année équivaudrait à un palier d'orientation où les matières fondamentales seraient dispensées avec au bout le choix d'opter pour différentes filières : ergothérapie, kinésithérapie, médecine, etc. La formation conduisant au diplôme d'ergothérapeute se déroulerait ensuite sur trois ans après l'année préliminaire obligatoire.

Ces quelques dates nous servent de points de repères pour mieux comprendre l'évolution d'un dossier comme celui de la réforme des études d'ergothérapie. Depuis 1988 les propositions de l'ANFE se sont nettement précisées, et avec le soutien du SNDEE, elles ont pris une tournure plus concrète à Bordeaux, Lyon et Nancy[70]. Dans cette perspective les trois années de formation spécifiques pour décrocher le diplôme d'ergothérapeute par exemple seraient-elles assimilées à BAC + 3 et non plus à BAC + 2 comme auparavant[71] ?

---

[68] Devant l'afflux des candidats à l'entrée des écoles d'ergothérapie les taux de réussite sont très faibles. Beaucoup de candidats, pour augmenter leur chance de réussite, optent alors pour une école de préparation au concours d'entrée aux écoles paramédicales. Le coût de cette préparation est généralement élevé et elle n'est pas reconnue comme une année d'études ou de formation professionnelle en soi.

[69] L'organisation des études dans un cadre universitaire aurait pour conséquence la gratuité des études et un changement de tutelle (ce serait le ministère de l'Education nationale et non plus le ministère de la Santé qui se chargerait de superviser les études).

[70] C'est ainsi qu'à la rentrée 2002 les facultés de médecine de Bordeaux, Lyon et Nancy ont prévu une année commune pour les étudiants ayant choisi une carrière médicale ou paramédicale.

[71] Les ergothérapeutes nouvellement diplômés obtiendront une équivalence en licence ce qui représente une ouverture vers d'autres études et la recherche, sans compter la reconnaissance professionnelle supplémentaire qui en découle avec à la clé une augmentation des rémunérations.

L'administration tarde à entériner cette réforme qui va certainement prendre quelques années encore avant d'être appliquée sur le plan national. Cet exemple montre que toutes négociations portant sur des réformes de fond (de structure) s'inscrivent dans la durée surtout quand les négociateurs sont en présence de deux ministères de tutelle (le ministère de la Santé et le ministère de l'Education nationale). La difficulté réside aussi pour l'administration de trouver un point d'accord entre toutes les revendications émanant des différents syndicats (ou associations) des professions paramédicales sur la même question. A défaut de faire des propositions l'administration attend surtout de ses interlocuteurs d'en faire. Une fois toutes les propositions recueillies elle peut amorcer un début de concertation, d'où la différence entre un entretien, une entrevue et une véritable négociation. Il suffit que l'administration fasse de son côté ses propres études sur le même thème pour que le débat prenne plus de consistance encore. Une querelle d'experts peut alors s'engager[72]. La promotion de l'ergothérapie passe inévitablement par la régulation administrative, l'administration étant l'organe tutélaire qui accordera ou non son autorisation.

Négociation et origine sociale des ergothérapeutes

La négociation est une mise à plat d'un certain nombre de questions. Elle implique la participation de plusieurs protagonistes, l'administration apparaissant joué le rôle d'arbitre suprême. La difficulté de l'administration vient de ce qu'elle doit ménager toutes les parties en présence dont les intérêts ne sont pas forcément concomitants. Les professions paramédicales au statut quasi équivalent sont assimilables à des entreprises en concurrence pour obtenir des parts de marché. Sans entrer dans un discours aussi réducteur nous pourrions toutefois rappeler que toute forme de concurrence appelle des « stratégies de conquête » voire dans notre cas des « stratégies moyennes » :

« Elles sont commandées par un habitus qui, dans tous les cas, est celui d'agents occupant des positions intermédiaires, échelonnées dans une zone moyenne, une espèce d'entre-deux social entre le pôle dominant et le pôle dominé de la structure des classes sociales.[73] »

---

[72] Sur la question cruciale (d'un point de vue économique) du retour ou du maintien à domicile des personnes handicapées ou âgées l'administration est largement impliquée dans le débat à travers les différents rapports qu'elle commande.

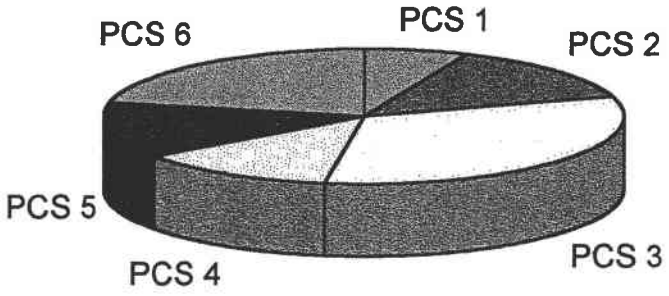
[73] A. Accardo, opus cit., p. 155.

A. Accardo reprend la thèse de P. Bourdieu sur « La distinction. » Nous proposons de continuer d'avoir recours à cette problématique mais sur la base d'un rapport entre professions. Non seulement la position intermédiaire des ergothérapeutes les oblige à se définir en permanence en rapport avec les professions hiérarchiquement plus élevées comme les médecins, mais elle leur impose de confronter aussi leur position avec celle des autres professions paramédicales. Ils cultivent aussi une logique de la distinction qui les pousse à revendiquer des

La position sociale de l'ergothérapeute (PCS 4) et son origine socioprofessionnelle (PCS du père) ne sont-elles pas déterminantes dans les prises de position et les stratégies adoptée face à l'administration et les autres professions ?

L'origine socioprofessionnelle des ergothérapeutes est largement diversifiée (graphique 1) même si pour un tiers (32.4 %) ils sont issus de la PCS 3 (Profession et catégories socioprofessionnelles 3, Cadres). Un autre tiers (13.2 % + 21.7 %) a pour origine un milieu plus modeste en l'occurrence les PCS 5 et 6 (Employés et Ouvriers). 6.7 % ont un père Exploitant agricole (PCS 1), 13.7 % un père Artisan-commerçant ou Chef d'entreprise (PCS 2). Seuls 12.5 % des ergothérapeutes ont un père issu de la PCS 4 (Professions Intermédiaires), la catégorie d'appartenance des ergothérapeutes. Donc l'origine socioprofessionnelle des ergothérapeutes est assez diversifiée, les Cadres s'imposent autant que les Ouvriers et les Employés.

Graphique 1 : Origine socioprofessionnelle des ergothérapeutes[74] (PCS du père)



Source : Enquête Ergothérapeutes – Mars 2000

A titre de comparaison (graphique 2) l'origine socioprofessionnelle des infirmiers (en soins généraux et salariés) est plus marquée pour la génération des pères par la présence de Professions intermédiaires (PCS 4, 22.4 %) et surtout d'Ouvriers (PCS 6, 32.1 %). Les PCS 1, 2, 3 et 5 sont moins représentées mais chacune rassemble quasiment une part équivalente (respectivement 9.7 %, 9.6 %, 11.8 % et 11.5 %).

Globalement les infirmiers ont une origine plus modeste que les ergothérapeutes compte tenu du poids des Ouvriers et des Employés dans la génération des pères des

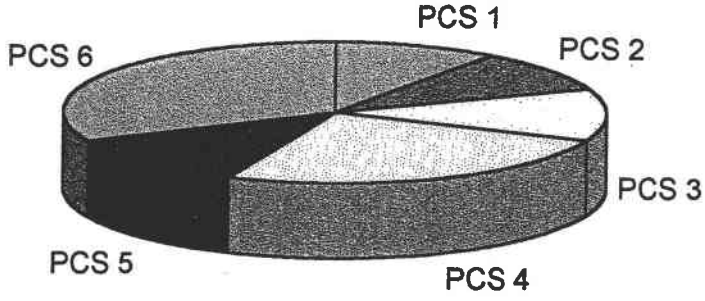
---

positions plus prestigieuses (être au centre de la politique du retour à domicile par exemple), et, en conformité avec leurs compétences, ils entretiennent une logique de l'assimilation en revendiquant un statut libéral similaire à celui des collègues infirmiers, kinésithérapeutes. Le statut de libéral parachevant la volonté de devenir une « profession à part entière ». Cette dernière expression est utilisée par l'administration pour justement désigner les professions paramédicales qui bénéficient à la fois d'un statut de salarié et de libéral.

[74] Notre intérêt s'est porté uniquement sur l'origine socioprofessionnelle du père.

infirmiers et de l'importance de la part des Cadres dans la génération des pères des ergothérapeutes.

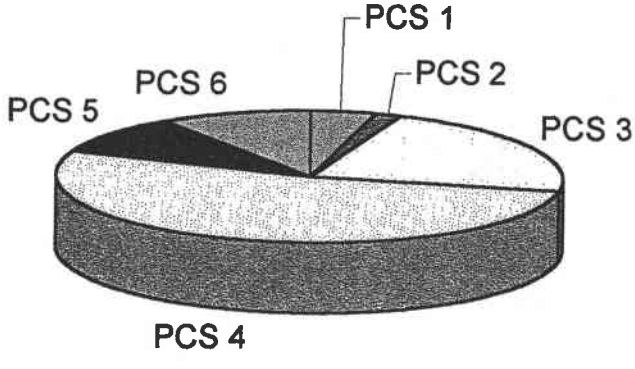
Graphique 2 : Origine socioprofessionnelle des infirmiers (PCS du père)



Source : INSEE, Enquête-emploi, 1999

Concernant l'origine socioprofessionnelle du conjoint, un certain équilibre ou recentrage s'est opéré entre deux générations (graphique 3). La PCS 1 et 2 ne représentent plus que 6 % pour la génération des conjoints contre 20.4 % pour la génération des pères. De même que les Employés et les Ouvriers sont moins présents dans la génération des conjoints puisque la part est de 17.6 % contre 34.9 % précédemment. Le choix du conjoint s'est plutôt tourné vers la PCS 3 et surtout vers la PCS 4, 52.5% des ergothérapeutes vivant en couple sont liés avec une personne issue de la même PCS (PCS 4 donc) dont la moitié presque occupe une profession du secteur paramédical ou du secteur social (travailleur social, par exemple). Le graphique 3 rend bien compte de ce rapprochement entre PCS issues d'un même milieu social. Il y a bien une tendance à l'homogamie sociale dans la constitution des couples dont l'un des membres est ergothérapeute.

Graphique 3 : Origine socioprofessionnelle des conjoints



Source : Enquête Ergothérapeutes – Mars 2000

Un ancrage dans la classe moyenne que corrobore la rémunération à laquelle peut prétendre un ergothérapeute. La fourchette des salaires va d'environ 1067 € net (7000 F) à 2134 € net (14000 F)[75]. Les revendications des ergothérapeutes ne concernent pas directement les salaires et d'ailleurs l'ANFE n'évoque pas cette question dans les Bulletins de Liaison. Non, l'objet principal de la revendication des ergothérapeutes est la place de l'ergothérapie dans le champ des professions paramédicales. D'où ce choix, de mettre l'accent sur la revendication d'un statut [76]. La rémunération est presque une question annexe, sans intérêt immédiat, mais certainement mêlée à un renouvellement du statut des ergothérapeutes toutefois.

La position sociale qui découle de la classification en PCS ne prédispose-t-elle pas les ergothérapeutes à user de diverses stratégies, dont la négociation, pour décrocher de nouvelles positions ? La classification en PCS ne renvoie-t-elle pas à une condition voire à un conditionnement qui pousse à entrer en concurrence avec l'administration et d'autres professions avec comme objectifs la conquête de titres, le droit d'exercer de nouvelles compétences, etc.

Un regroupement de personnes dans une même discipline ne les engagent pas nécessairement à se mobiliser pour la défendre. Il est bien illusoire de croire qu'une profession sur le papier est une profession dans la réalité. Le rôle que joue alors l'instance représentative n'est pas négligeable parce qu'elle rend attentif les membres de cette profession de l'intérêt de s'engager. C'est le rôle qui revient à l'ANFE dans sa stratégie de communication, de négociation et de recherche de liens avec d'autres organisations. Pour autant, la mobilisation du groupe « ergothérapeute » n'est pas acquise, elle dépend pour beaucoup de gens très engagés à la tête de l'ANFE, mais cela, d'après ces derniers, ne suffit pas. Adhérer à l'ANFE est une forme d'engagement, mais ce sont peut-être les prises de position des ergothérapeutes en général qui sont les plus significatives d'une prédisposition à la mobilisation. La mobilisation ne se traduit pas forcément dans les manifestations de grande ampleur et spectaculaire mais dans le choix de stratégies ciblées pour aboutir à ses fins. Intéressons-nous à d'autres formes de croisement qui permettent peut-être de clarifier la relation entre les ergothérapeutes et leur engagement en faveur de l'ergothérapie.

---

[75] Les ergothérapeutes qui travaillent en libéral peuvent gagner plus mais aussi moins que ce salaire. De plus si les ergothérapeutes sont à temps partiel la rémunération chute d'autant.

[76] Le terme de statut a plusieurs sens, nous le traduisons ici par reconnaissance d'une position ou d'une nouvelle position.

4. L'APPROCHE PLURIDIMENSIONNELLE DE LA POSITION DES ERGOTHERAPEUTES

L'analyse factorielle des correspondances permet d'isoler différents ensembles (ou classes) cohérents qui fournissent des informations à partir de variables actives par rapport à des variables supplémentaires. L'analyse factorielle des correspondances permet donc de montrer qu'il existe des relations entre différentes variables, des similitudes dans les réponses qui amènent à dégager des « proximités » entre individus interrogés.

4.1. Découpage en classe

Nous proposons un découpage des ergothérapeutes interrogés en cinq classes qui sont autant de sous-groupes, autant d'ensembles homogènes pour que les distances entre individus aient un sens. Nous avons relevé les variables et les modalités par classe telles qu'elles nous apparaissent une fois le traitement statistique effectué. Toutefois, dans notre élaboration des cinq classes, nous avons retenu que les variables et les modalités les plus significatives en l'occurrence l'âge, l'ancienneté, la « connaissance » de la profession d'ergothérapeute par les autres professions et l'administration, les conditions de travail, le rapport aux autres professions, la participation à des projets de recherche.

La première classe (classe 1) regroupe 24.3 % des ergothérapeutes de notre échantillon qui en compte 309. 84 % des ergothérapeutes qui composent cette classe ont une ancienneté entre 1 et 10 ans (33.3 % ont entre 21 et 24 ans et 30.6 % ont entre 25 et 29 ans). Dans cette classe, ils sont 48 % à considérer que « la profession (d'ergothérapeute) est plutôt connue des médecins », 77.3 % à estimer que « la profession est plutôt connue des autres professions paramédicales ». Ils déclarent à 86.6 % « ne pas avoir participé à des projets de recherche en ergothérapie ». Plus de la moitié (58.6%) apprécient assez « la collaboration avec les médecins et les autres professions paramédicales », tandis que les ¾ sont satisfaits « des horaires de travail ».

La deuxième classe (classe 2) rassemble 11.4 % des ergothérapeutes interrogés (45.7% ont entre 25 et 29 ans). 77.1 % des personnes qui composent cette classe ont une ancienneté entre un et 10 ans. 80 % admettent que « la profession est plutôt connue des professions paramédicales ». Une forte majorité montre sa satisfaction au niveau des « relations avec la hiérarchie » (65.7 %), au niveau des « responsabilités » (85.7 %) et des

« horaires de travail » (82.8 %) ainsi que dans le cadre des « relations avec les collègues » (65.7 %). L'organisation du travail est considérée comme « peu contraignante » pour 82 % d'entre eux. Ils sont aussi 48.5 % à « participer ou à avoir participé à un projet de recherche en ergothérapie ».

La troisième classe (classe 3) regroupe 23.3 % de l'échantillon, 63.9 % des ergothérapeutes relevés ont une ancienneté entre 11 et 20 ans (38.8% ont entre 35 et 39 ans et 27.7% ont entre 40 et 44 ans). Une importante proportion avance que la profession d'ergothérapeute « n'est plutôt pas connue de l'administration et des médecins » (88.8 %), tandis que 62.5 % admet qu'elle n'est « plutôt pas connue des autres professions paramédicales. » Par ailleurs, 52.7 % déclarent être plutôt satisfaits « des horaires de travail » et satisfaits (à 58.3 %) des « relations avec les collègues. » Et l'organisation du travail est perçue comme « peu contraignante » pour 71 % d'entre eux.

La quatrième classe (classe 4) représente 17.1 % de l'ensemble de l'échantillon, elle réunit 45.2 % des ergothérapeutes interrogés qui ont entre 21 et 33 ans d'ancienneté (60.3 % ont entre 45 et 58 ans). A 49 % ils considèrent que « la profession est plutôt connue des médecins », à 58.4 % de l'administration et à 84.9 % des autres professions paramédicales.

La cinquième classe (classe 5) regroupe 23.9 % des ergothérapeutes interrogés. L'ancienneté et l'âge n'apparaissent pas dans cette classe. 83.7 % des ergothérapeutes de cette classe déclarent que la profession « n'est plutôt pas connue des médecins », ils sont presque autant (82.4 %) à penser la même chose vis à vis de l'administration. Cette classe rassemble une forte proportion d'insatisfaits, 89.1 % sont mécontents des relations avec la hiérarchie, 86.4 % considèrent que la collaboration avec les médecins est insuffisante, 45.9 % manifestent leur insatisfaction au sujet des relations avec les collègues. 21.6 % se disent insatisfaits également du point de vue des responsabilités. L'organisation du travail paraît contraignante pour 18.9 % d'entre eux. Finalement, 60.8 % de cet ensemble ont l'intention de changer d'emploi.

L'âge et l'ancienneté participent largement à la construction des représentations des ergothérapeutes sur leur profession. L'évolution des relations du travail, l'état des rapports aux autres professions, l'engagement dans les projets de recherche leur sont liés d'une manière ou d'une autre. Si certaines classes affichent leur scepticisme quant à la bonne

connaissance de l'ergothérapie par les médecins, l'administration ou les autres professions paramédicales c'est en raison principalement de l'ancienneté des ergothérapeutes qui les composent. Par contre, les jeunes ergothérapeutes sont animés par un plus grand optimisme. Mais l'âge et l'ancienneté ne sont pas des facteurs qui prédisposent au mécontentement et à l'insatisfaction au travail. Les sources d'insatisfaction ne sont pas l'apanage d'une catégorie d'âge spécifique ou liées à une ancienneté précise elles touchent indifféremment toutes les classes d'âge dans une proportion peu insignifiante (23.9 %). La cinquième classe apparaît rassembler tous les insatisfaits indépendamment de leur âge et de leur ancienneté avec comme point d'orgue une volonté de changer d'emploi pour 60.8 % d'entre eux, pourcentage deux fois plus élevé que pour l'ensemble de l'échantillon. La participation à des actions de promotion touche également et indifféremment toutes les tranches d'âge, cette variable n'est pas déterminante dans la constitution des classes homogènes.

4.2. La représentation des classes autour de trois facteurs principaux

La construction de plans factoriels autour de trois facteurs principaux permet de visualiser les regroupements par classe. Les figures 1 et 2 présentent une disposition en classe regrouper autour des facteurs 1, 2 et 3. L'axe vertical (le facteur 2 [fig. 1] et facteur 3 [fig. 2]) constitue en quelque sorte la frontière de séparation entre les classes 4 et 5 (à gauche de l'axe) et les classes 1, 2 et 3 (à droite de l'axe). La répartition des classes sur le plan factoriel (surtout pour la figure 2) ressemble à une disposition en U ; les classes 2 et 5 s'opposent littéralement, chacune placée à chaque extrémité du plan. Cette distance qui sépare les deux classes révèle un réel éloignement dans les prises de position.

D'une manière générale il est possible de faire des regroupements à partir des nuages de points entre d'un côté (à gauche de l'axe verticale) les « insatisfaits » et de l'autre côté (à droite de l'axe vertical) les « satisfaits ».

Les premiers (les « insatisfaits ») rassemblent principalement la classe 5 et dans une moindre mesure la classe 4. Ce sont plutôt les tranches d'âge supérieures à 40 ans qui manifestent leur insatisfaction du point de vue de leur relation avec les collègues, la hiérarchie, les médecins ainsi que vis à vis de l'organisation du travail en général (horaires, responsabilités). Les ergothérapeutes qui composent ces classes participent néanmoins activement à des projets de recherche et à des actions pour défendre la profession. Tandis que les seconds (les « satisfaits ») regroupent les classes 1, 2 et 3. La classe 2 réunissant les ergothérapeutes les plus satisfaits. Appartenant aux tranches d'âge jeunes (entre 20 et 30 ans

FIGURE 1

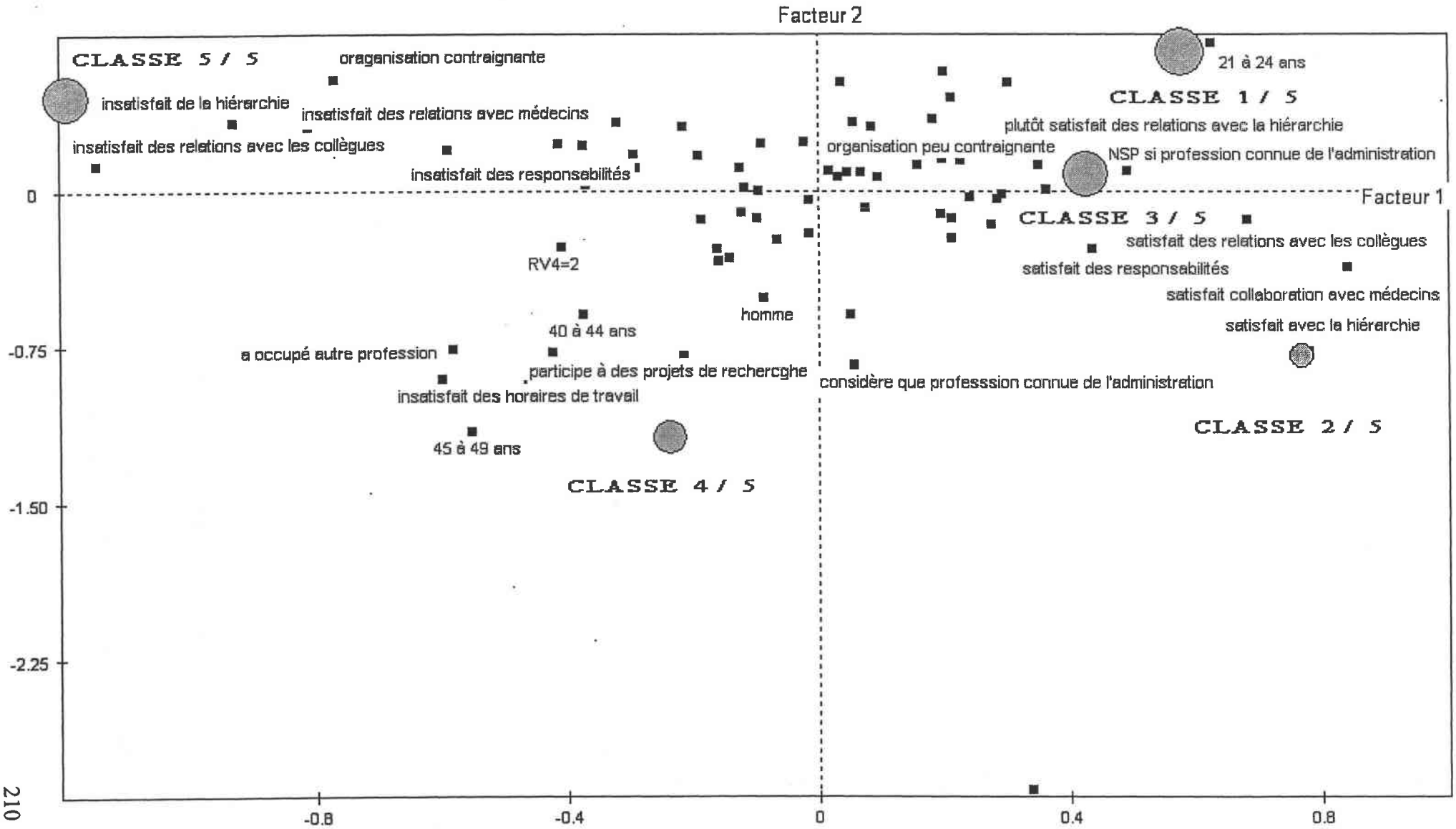
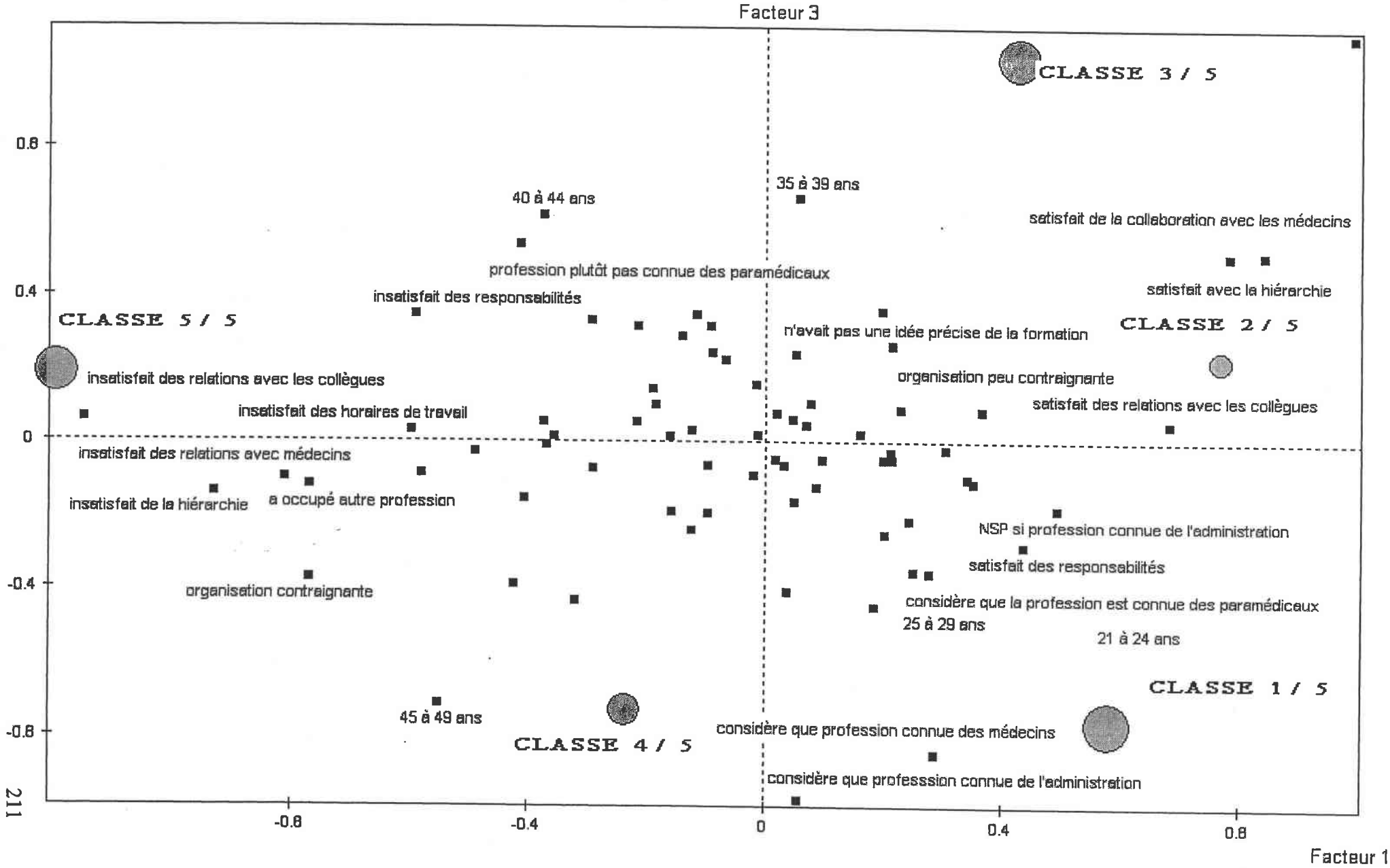

Facteur 2
Facteur 1
CLASSE 5 / 5
oraganisation contraignante
insatisfait de la hiérarchie
insatisfait des relations avec médecins
insatisfait des relations avec les collègues
insatisfait des responsabilités
21 à 24 ans
CLASSE 1 / 5
plutôt satisfait des relations avec la hiérarchie
organisation peu contraignante
NSP si profession connue de l'administration
CLASSE 3 / 5
satisfait des relations avec les collègues
satisfait des responsabilités
satisfait collaboration avec médecins
satisfait avec la hiérarchie
RV4=2
homme
40 à 44 ans
a occupé autre profession
participe à des projets de recherche
insatisfait des horaires de travail
considère que professsion connue de l'administration
45 à 49 ans
CLASSE 4 / 5
CLASSE 2 / 5
0
-0.75
-1.50
-2.25
-0.8
-0.4
0
0.4
0.8

FIGURE 2


Facteur 3
CLASSE 3 / 5
0.8
35 à 39 ans
40 à 44 ans
satisfait de la collaboration avec les médecins
profession plutôt pas connue des paramédicaux
0.4
insatisfait des responsabilités
satisfait avec la hiérarchie
CLASSE 5 / 5
n'avait pas une idée précise de la formation
CLASSE 2 / 5
insatisfait des relations avec les collègues
organisation peu contraignante
insatisfait des horaires de travail
satisfait des relations avec les collègues
0
insatisfait des relations avec médecins
insatisfait de la hiérarchie
a occupé autre profession
NSP si profession connue de l'administration
satisfait des responsabilités
-0.4
organisation contraignante
considère que la profession est connue des paramédicaux
25 à 29 ans
21 à 24 ans
CLASSE 1 / 5
45 à 49 ans
-0.8
considère que profession connue des médecins
CLASSE 4 / 5
considère que professsion connue de l'administration
-0.8
-0.4
0
0.4
0.8
Facteur 1

essentiellement) ils apprécient les relations avec les collègues, la collaboration avec les médecins. Ils considèrent l'organisation du travail peu contraignante et entretiennent de bonnes accointances avec la hiérarchie.

L'âge revient toujours comme variable déterminante. Les proximités entre ergothérapeutes sont des proximités d'âge qui renvoient à des représentations et à des engagements spécifiques. Ces attitudes propres aux âges et à l'ancienneté révèlent des disparités de position. Mais les positions des ergothérapeutes tirées de l'analyse des correspondances ne sont pas définitives. Tout comportement ou point de vue d'un ergothérapeute sur la profession possède donc un caractère évolutif en fonction de son âge. Plus satisfaits des diverses dimensions qui entourent la profession les jeunes ergothérapeutes manifestent aussi moins d'engagement pour la défendre contrairement aux ergothérapeutes plus âgés. La mobilisation pour une profession comme l'ergothérapie n'est-elle finalement qu'une question de génération ?

CONCLUSION

L'interrogation autour de la définition de l'ergothérapie ou plutôt de la perception qu'ont les ergothérapeutes de leur discipline semble revêtir un enjeu majeur. Une pratique professionnelle ne se résume pas à une définition, encore moins à une classification, n'est-elle pas plutôt associée à un contexte professionnel, à un rapport à d'autres professions ? La difficulté à définir l'ergothérapie est due uniquement au fait que les pratiques professionnelles des ergothérapeutes touchent des domaines comme la rééducation et la réadaptation dans lesquels interviennent d'autres professionnels. Un ergothérapeute est-il « un spécialiste » de la rééducation ou « le spécialiste » de la rééducation ? Ni l'un, ni l'autre, pour répondre à cette question le décret d'actes est bien utile, en effet l'intervention de la réglementation permet de clarifier les domaines d'intervention de chacune des professions mais elle n'élimine pas les querelles de frontières de compétence qui peuvent apparaître ici ou là. Si les domaines de compétences du médecin sont encore largement reconnus, il n'en est pas de même de ceux des professions paramédicales. D'où le rôle qui est dévolu à l'ANFE pour alerter les pouvoirs publics sur la réalité des frontières de compétences entre professions paramédicales. Le diplôme qui sanctionne la qualification suffit-il à faire reconnaître une discipline ? La

mobilisation des compétences ne passe-t-elle pas de plus en plus pour être un moyen pour s'affirmer professionnellement et donc socialement ?

TROISIEME PARTIE

LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE FACE A LA REGULATION BUREAUCRATIQUE ET AUX CONTRAINTES ECONOMIQUES

CHAPITRE I

LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE SOUS LA TUTELLE ADMINISTRATIVE

L'espace professionnel est un espace de contraintes. Celles-ci se manifestent de différentes façons que ce soit au niveau de l'organisation stricte du travail (horaires de travail, charge de travail, journées de travail, répartition des congés) soit dans l'exercice de sa profession par rapport aux qualifications exigées (diplôme) et aux compétences mobilisées (décrets d'actes) sur le terrain. En outre, l'administration, au regard de son pouvoir régalien, peut à tout moment imposer de nouvelles contraintes (ou ce qui peut apparaître comme de nouvelles contraintes) à défaut d'en enlever. Certains aspects de ces contraintes sont mis en exergue quand nous interrogeons les ergothérapeutes[1]. Ces réponses révèlent que le poids administratif se manifeste effectivement de diverses manières autant sous des formes qui relèvent du travail au quotidien que sous la forme de freins qui sont appliqués par l'administration pour limiter le nombre de postes d'ergothérapeutes offerts. L'organisation administrative est présente et imposante à différents niveaux décisionnels.

---

[1] En réponse à la question 32: *« Quels sont les aspects de la profession d'ergothérapeutes qui vous semblent les moins intéressants? »*
Dans le chapitre II (II° partie) nous avons déjà exposé les « aspects les moins intéressants » de la profession d'ergothérapeute sur la base d'une analyse fréquentielle des mots ou expressions énoncées. Les « lourdeurs administratives » apparaissaient en 1° position avec 24 occurrences. Mais d'autres aspects peuvent être relevés comme autant de contraintes administratives supplémentaires, par exemple :

- les difficultés à travailler en institution (23)
- le manque de moyens (15)
- les difficultés à s'installer en libéral (14)
- la pénurie d'offres d'emplois (8).

Ces quelques exemples font resurgir les difficultés administratives sous une forme ou une autre.

1. LA PERMANENCE DE L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Qu'un ergothérapeute travaille dans une organisation hospitalière ou dans une structure associative le poids administratif ne reste-t-il pas généralement le même ? En regardant de plus près certaines réponses parmi les ergothérapeutes interrogés, nous nous apercevons que les contraintes sont moins liées à l'organisation du travail elle-même (le cadre de travail) qu'aux pesanteurs administratives plus globales. Toutefois nous constatons que, quel que soit le degré de contrainte subi par les ergothérapeutes, ceux-ci peuvent difficilement se soustraire à ce que nous pourrions appeler une direction administrative.

1.1. L'ergothérapeute sous la dépendance de différentes organisations administratives

Une direction administrative répond à des règles bureaucratiques plus ou moins pesantes selon la nature de l'employeur. Toutefois, s'exécutent-elles de manière identique au sein d'une organisation tel un hôpital et au niveau d'une structure associative du type APF (Associations des paralysés de France) par exemple ?

Le cas de l'hôpital

Ministère de la Santé
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)

↓

Institutions hospitalières

↓

Ergothérapeute

Dans le cas de la DHOS[2], parmi ses attributions nous relevons qu'elle :

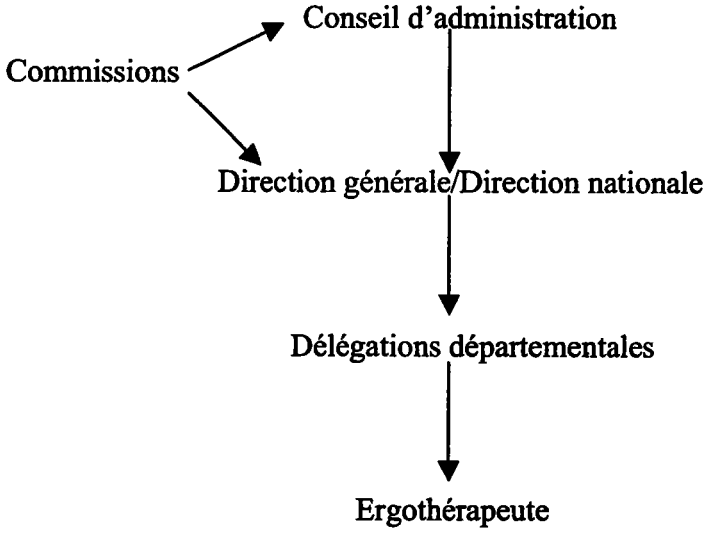
- élabore la réglementation de l'exercice professionnel
- s'intéresse aux questions relatives aux conventions collectives et la réglementation du travail dans les établissements de santé

[2] La DHOS a été créée suite à une réorganisation du ministère de la Santé en l'an 2000.

- a compétence pour le financement des activités spécifiques de soins aux personnes âgées
- évalue la qualité du service rendu aux usagers notamment la qualité des soins
- prend en charge les règles de tarification et la régulation financière des établissements de santé.

Donc la DHOS s'engage à veiller sur la qualité et le fonctionnement des établissements de santé, elle vise à étudier le financement des soins et assure la gestion du personnel hospitalier. Des tâches relevant en somme d'une vaste organisation bureaucratique dans laquelle le personnel est soumis à un certain nombre de contraintes. L'APF, en tant qu'association qui engage des ergothérapeutes, s'inscrit-elle dans ce même type d'organisation ?

Le cas d'une association (exemple de l'APF)



L'APF est une association (type loi 1901) dont le fonctionnement repose sur une stricte répartition des responsabilités. A l'identique d'une entreprise ou d'une administration publique il existe un conseil d'administration qui est l'organe de décision de l'association. Une direction générale assure l'exécution les grandes orientations décidées par le conseil d'administration. Tandis que les directions nationales sont chargées de conseiller, d'animer et de contrôler la gestion de l'ensemble des organes de l'association. L'APF compte également dans ses structures des commissions en charge de proposer de nouveaux thèmes de réflexion, de nouvelles pistes de travail. Ce type de fonctionnement s'apparente donc à une

administration « classique » sauf qu'elle a une capacité de réaction et d'anticipation face à des besoins nouveaux plus importante. Les délégations départementales ont justement pour rôle d'apporter les réponses les plus adaptées aux besoins de prise en charge ; au sein de celles-ci agissent justement les ESVAD comme d'autres services encore.

Dans le cas d'une association comme l'APF, le mode de fonctionnement administratif prévaut aussi, mais les délégations départementales conservent une forme d'autonomie dans leur fonctionnement car elles sont moins dépendantes de directives émanant d'une direction administrative centrale.

1.2. Directives administratives et travail au quotidien

Selon M.Weber[3] l'autorité administrative détient un pouvoir légal-rationnel qui impose régulièrement des directives à l'ensemble des salariés qui sont soumis à une discipline ainsi qu'à un contrôle. De ce point de vue nous pouvons parler d'une certaine rigidité organisationnelle.

« L'organisation de l'hôpital moderne présente des traits bureaucratiques, elle met en œuvre des procédés rationnels pour remplir les missions qui lui sont attribuées, la première d'entre elles consistant à soigner les malades. Le personnel appartient à une hiérarchie et obéit à un ensemble de règles impersonnelles, qui régit ses droits et ses devoirs en matière de conditions de travail, rémunération, déroulement de carrière, etc. Il est recruté en fonction de sa compétence, et s'inscrit dans une division du travail spécialisée.[4] »

S'ajoutent à ce centralisme décisionnel des directives émanant des structures administratives locales. Les services administratifs d'un hôpital ou d'une association sont orientés vers un fonctionnement identique à celui d'une administration centrale c'est à dire que ce sont généralement des « règles impersonnelles et l'abondance de procédures» (selon les expressions de M. Crozier[5]) qui dictent les actions des salariés. La hiérarchisation et le contrôle en sont renforcés d'une certaine manière. Comment ces formes de contraintes et de contrôle sont-elles vécues lorsqu'elles se situent dans le cadre du travail au quotidien au sein d'une institution?

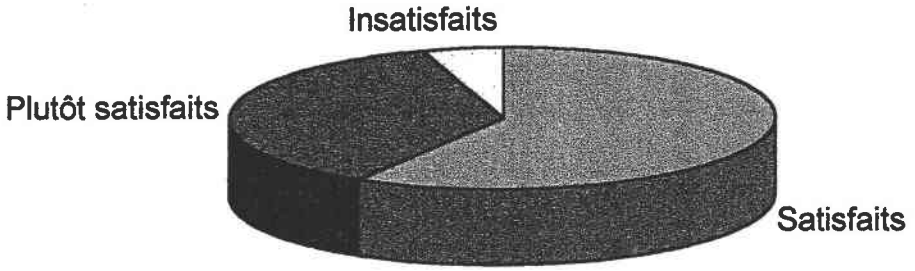
Il s'avère qu'un ergothérapeute au sein d'un service hospitalier par exemple bénéficie de certaines marges de manœuvre, de libertés d'action dans la prise en charge du patient qui

---

[3] M. Weber, Economie et société, Paris, Pocket, 1995.
[4] C. Vassy, Travailler en hôpital en Europe, Revue française de sociologie, N° XL, 1999,p. 367.
[5] M. Crozier, Le phénomène bureaucratique, Paris, Seuil, 1963.

amenuisent la contrainte apparente d'une organisation bureaucratique. L'un des aspects les plus contraignants dans une organisation semble être les horaires de travail. Or il s'avère que, d'après les résultats de l'enquête, qu'ils ne représentent pas un carcan particulier pour les ergothérapeutes (graphique 1).

Graphique 1 : Les ergothérapeutes et les horaires de travail



Source : Enquête Ergothérapeutes - Mars 2000

Les ergothérapeutes témoignent quasi unanimement (59 % + 36.4 % soit 95.4%) de leur satisfaction des horaires de travail, ce n'est pas l'organisation du travail elle-même telle qu'elle s'impose au quotidien qui pose alors un problème mais bel est bien l'organisation dans sa globalité. Par exemple, la prise en charge d'un patient demande la collaboration de toute une équipe de soignants. Souvent il est laissé à chaque membre de l'équipe soignante de déterminer le temps et les conditions de prise en charge du patient. Cette latitude laissée à l'ergothérapeute ou au kinésithérapeute ou à tout autre intervenant renforce le sentiment de liberté et participe aux bonnes relations de travail. Aussi, si les ergothérapeutes dénoncent les « lourdeurs administratives » c'est moins à cause de la situation de travail au quotidien que de la quantité de réglementations qui sort des services centraux des ministères. En cela, le concept de champ administratif développé par P. Bourdieu et Rosine Christin[6] relate bien les oppositions et les réactions qui surgissent à la mise en place d'un nouvel ordre réglementaire. En évoquant la mise en place d'une nouvelle politique du logement au milieu des années 1970, les deux auteurs mettent en lumière la complexité de la question immobilière en France. La réglementation du monde immobilier est le résultat de multiples rapports de force et d'intérêt qui se manifestent dans un espace aux organisations multiples comme des ministères (ceux de l'Equipement, du Logement ou encore de l'Economie et des Finances), des grands

[6] P. Bourdieu et R. Christin, La construction du marché. Le champ administratif et la production de la politique du logement, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 81/82,1990.

corps d'Etat (inspection des Finances, ingénieurs des Ponts), des banques, des sociétés immobilières, des promoteurs, des sociétés HLM, des associations d'élus, etc. Ne pouvons-nous pas transposer le champ administratif tel qu'il est présenté au travers du monde immobilier à l'organisation des soins en France[7] ?

2. LES ENJEUX RELATIFS AUX PRATIQUES ET AUX ACTES PROFESSIONNELS

En fait dans le système de soins en France nous sommes face à plusieurs enjeux qui impliquent à chaque fois plusieurs institutions ou organisations. Les réformes et les tentatives qui sont lancées par l'administration essentiellement, souvent sous le poids des impératifs économiques, conduisent à des luttes et à des prises de position bien tranchées de la part des autres organisations partie prenante dans le champ. Evoquons l'état des rapports entre les différentes parties en présence en proposant de décrire certains de ces enjeux.

2.1. Premier enjeu : la question des pratiques professionnelles des ergothérapeutes

Précision de l'enjeu : la détermination des pratiques professionnelles des ergothérapeutes à travers le décret d'Actes.
Organisations qui interviennent dans le champ : le ministère de la Santé[8], l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), l'ANFE, l'UIPARM, les associations de professions paramédicales hors UIPARM (ex des infirmiers salariés), l'APF, l'AFM.

La question des compétences partagées et la révision du décret d'actes

La question des pratiques professionnelles couvre en réalité divers enjeux qui engagent un certain nombre d'organisations. Comme nous l'avons déjà montré plus haut les professions de la santé sont soumises chacune à un cadre légal dans leurs pratiques professionnelles au travers du décret d'actes. Celui-ci s'attache à donner une base de référence à une profession dans ses pratiques au quotidien. Mais devant l'évolution de ces mêmes pratiques le décret d'actes apparaît au regard des associations professionnelles comme

[7] Toutefois la question immobilière en France à la différence du domaine de la santé attire beaucoup d'intérêts privés notamment les promoteurs, les entreprises du bâtiment, etc.
[8] Le ministère de la Santé est une administration centrale type (au sens de centraliser les décisions) qui se décompose en diverses directions dont la DHOS mais aussi la DGS (Direction générale de la santé) et maintes sous-directions.

dépassé. En réalité, le décret d'actes entérine un certain cloisonnement professionnel qui n'est plus de mise dans beaucoup de services ou institutions où c'est plutôt la collaboration voire le partage des compétences qui prime. Nous entendons par partage, le souci pour les professionnels d'échanger leurs points de vue de telle sorte à mieux cerner les réponses adéquates à apporter pour mieux prendre en charge telle ou telle pathologie. Cela suppose que chacune des professions paramédicales connaisse parfaitement les aptitudes de l'autre et que les médecins prescripteurs maîtrisent également les cadres de leur intervention. Dans un souci de complémentarité l'accent ne devrait-il pas être mis sur cette approche ? La reconnaissance des compétences n'en serait-elle pas renforcée ?

L'UIPARM, fort des 8 associations qui la composent (dont l'ANFE), milite auprès du ministère de la Santé pour réaliser un véritable examen de la situation des actes et des compétences que les professions paramédicales se partagent. Le ministère a été alerté sur cette question d'autant qu'il était engagé en 1999 dans un projet de refonte du décret d'actes des infirmières uniquement sans en référer aux autres associations professionnelles[9]. L'ANFE dans un de ses bulletins évoque cette question :

« Pour la révision des décrets d'actes le ministère n'avait réuni pour commencer que les seules infirmières. (...) Les syndicats d'infirmiers refusent ainsi de voir le ministère aller à l'encontre de leur avis et ne veulent pas cautionner une réforme du décret d'actes pour laquelle le gouvernement pourrait ne pas suivre leur avis. (...)

A l'heure où il est nécessaire de revoir les décrets d'actes des professions qui en ont un (il existe des professions paramédicales sans décrets d'actes et celles-ci doivent aussi en avoir un), nous ne pouvons pas admettre que le nôtre et celui de nos collègues dépendent de ce qui sera décidé pour celui des infirmières : une mise à plat de tous les décrets d'actes doit être envisagée au préalable.[10] »

Le point d'achoppement réside moins sur les compétences partagées que dans la nouvelle rédaction d'un décret d'actes pour chacune des professions paramédicales, démarche préalable à toute discussion sur les zones de compétences partagées. D'ailleurs, un comité composé de représentants de diverses associations professionnelles était chargé de réfléchir sur les compétences partagées, celui-ci a suspendu ses travaux sur ordre du ministère. Faut-il voir dans cette suspension une volonté de la part du ministère de ne pas s'engager plus avant sur la question délicate des compétences et donc des pratiques professionnelles au quotidien ?

---

[9] La portée d'un décret d'actes infirmiers a des conséquences sur tous les autres décrets d'actes puisqu'il détermine en l'occurrence les marges de manœuvre des autres professions paramédicales dans leurs pratiques thérapeutiques au quotidien.

[10] H. Hernandez, Bulletin de Liaison, N°4, 1999.

Pourtant les associations voient dans ces consultations une chance d'évoquer les évolutions des pratiques professionnelles. Déjà au mois de février 1995, l'inscription de la profession d'ergothérapeute au Code de la Santé publique[11] a encouragé les responsables de l'ANFE a constitué un groupe expert composé de professionnels issus de différents domaines d'exercice. Ce groupe est chargé de réfléchir à la réactualisation du décret d'actes. Ainsi l'ANFE a engagé des démarches dans ce sens auprès des instances administratives concernées :

Historique des démarches (depuis 1995)

Février 1995 : Constitution d'un groupe d'experts pour réfléchir à un nouveau décret d'actes.

Septembre 1996 : Rendez-vous du président de l'ANFE avec la conseillère technique auprès du secrétaire d'Etat à la Santé.

Janvier 1997 : Demande d'une entrevue de la part du président de l'ANFE auprès du directeur des Professions de la Santé, service rattaché à la direction de la Santé dépendant du ministère de la Santé, sur la question de la révision du décret d'actes.

Janvier 1997 : Transmission du projet de décret d'actes rédigé par le groupe expert à la conseillère technique du secrétaire d'Etat à la Santé et au directeur des professions de la Santé.

Septembre 1997 : L'UIPARM interpelle le ministre de la Santé sur la question des décrets d'actes et d'autres sujets encore.

Décembre 1999 : Rendez-vous avec le conseiller technique au cabinet du ministre. Les représentants de l'ANFE obtiennent un refus de révision du décret d'actes.

Cette chronologie n'est pas exhaustive mais elle resitue le degré de dépendance dans lequel sont les professions réglementées. En fait, l'administration renvoie la question de la représentativité et de la reconnaissance des professions sur un terrain beaucoup plus complexe, celui des luttes d'intérêts pour le contrôle des actes thérapeutiques. Si un jour le ministère s'engage réellement dans la révision des décrets d'actes de toutes les professions paramédicales ce ne sera pas à cause de la pression de l'ANFE ou de l'UIPARM, organisations qui sont toujours reléguées dans une position de subordonnés (en marge du

[11] Rappel : l'inscription au Code de la Santé publique accorde une protection juridique à la profession. Le droit d'exercer la profession est contrôlé, toute exercice illégal de l'ergothérapie est donc condamnable par la justice.

champ officiel), mais bel et lien à cause de prises de position de quelques novateurs ou initiateurs au sein des ministères. Les directeurs de cabinet, les conseillers techniques sont certainement informés de la réalité des dossiers mais ils n'agissent pas en conséquence parce qu'ils produisent et reproduisent des prises de position. Dans un tel espace, les informations, les luttes d'influence, les pressions circulent dans tous les sens. Qui va décider à un moment donné de changer les choses, de modifier tel décret d'actes par exemple ?

Les responsables de l'UIPARM s'étaient donnés à nouveau rendez-vous le 21 janvier 2000[12] pour évoquer cette question des compétences partagées en présence d'un représentant du ministère de la Santé en l'occurrence de M. Debeaupuis, chef de service à la direction des Hôpitaux. Malgré la suspension du comité de consultation sur les compétences partagées M. Debeaupuis affirma :

« Etre très favorable à l'évolution des décrets de compétences, et aussi à celle des formations.

Rien de bien nouveau de ce côté-là sauf que la réorganisation de la Direction des Hôpitaux et la Direction Générale de la Santé en une future Direction de l'Offre de Soins laisse à penser que la même direction ministérielle pourra dorénavant traiter tant dans la démographie professionnelle que la formation initiale et la formation continue, que les conditions d'exercice professionnel et les statuts publics et privés.[13] »

Cette intervention d'un représentant du ministère n'est-elle pas typique d'une volonté de la part de l'administration d'enterrer une question plutôt que de la résoudre ? En effet la réorganisation de l'administration centrale telle qu'elle est évoquée par M. Debeaupuis oblige les associations professionnelles à revoir leurs stratégies en matière de mode de concertation, de participation aux différentes commissions consultatives, etc. De plus, toute réorganisation administrative de ce type suppose une redistribution des postes à responsabilité dont les nouveaux occupants ne maîtrisent pas forcément les dossiers. Les associations professionnelles sont alors à nouveau engagées dans un travail de concertation et de discussion avec l'administration retardant d'autant les prises de décision et les arbitrages nécessaires. D'un autre côté, les responsables associatifs s'essoufflent devant ces changements de « têtes ». Beaucoup d'entre eux abandonnent leur fonction de « responsable de dossier » par découragement ne voyant pas les questions aboutir. Est-ce une situation caractéristique du cercle vicieux des pesanteurs administratives ? Le ministère cherche-t-il à

[12] Les associations d'infirmières étaient également invitées elles étaient représentées par une délégation de l'ANFIIDE (Association nationale des infirmiers et infirmières diplômés d'Etat) et de l'ANIG (Association nationale des infirmières générales).
[13] H. Hernandez, Bulletin de Liaison, N°1, 2000.

temporiser dans ses arbitrages sur les décrets d'actes parce que le rapport de forces entre les associations des infirmiers et l'UIPARM est plus équilibré, moins tranché en faveur de l'une ou de l'autre ?

Les pressions exercées par l'UIPARM et les associations d'infirmiers sur l'administration se doublent de luttes d'influence entre les associations elles-mêmes. Et à l'intérieur des associations la concurrence n'est pas absente non plus. La multiplication des acteurs en présence ne facilite pas la concertation. Dans ce sens l'administration a réagi et a fait le choix selon les propos de M. Debeaupuis de présenter une « direction unique » au sein du ministère pour traiter plusieurs sujets. L'administration ferait-elle preuve d'une plus grande efficacité dans ses relations avec ses interlocuteurs ?

L'exemple des emplois - jeunes

Dans d'autres circonstances, force est de constater que le ministère lui-même ne rend pas les choses simples, il les complique plutôt. En l'occurrence, dans sa volonté de lutter contre le chômage, le gouvernement (le ministère de l'Emploi et de la Solidarité plus précisément) a pris l'initiative en 1997 de développer la création d'emplois-jeunes dans le secteur public et associatif. L'objectif est d'inventer de « nouveaux métiers qui répondraient aux attentes et aux besoins non satisfaits ». Parmi ceux-ci il y en a un qui concerne particulièrement les ergothérapeutes puisque le texte officiel prévoit que le seizième nouveau métier soit celui « d'accompagnateur de personnes dépendantes ». Il précise que :

« L'accompagnateur facilite la réinsertion lors de la sortie de l'hôpital. Il s'agit de faire fonction de lien entre l'hospitalisation complète et le retour à domicile : organisation du retour, préparation du domicile, rendez-vous avec les équipes d'intervention à domicile, installation du malade, surveillance des premiers jours et notamment la nuit. Ce métier comprend également une fonction d'aide à la résolution des problèmes matériels (appareillage, transport, logement) administratifs et sociaux de la personne.[14] »

Le profil de ce nouveau métier se rapproche des compétences des ergothérapeutes dans le domaine du retour et du maintien à domicile. Le ministère admet, indirectement, par la création de cette fonction que des besoins réels mais non satisfaits existent mais il ignore que des spécialistes « reconnus » de la réinsertion et de la réadaptation (en l'occurrence les ergothérapeutes) sont capables de les assurer. De plus, la mise en place de ce nouveau métier ne freine-t-elle pas l'embauche d'ergothérapeutes ? Cette situation met l'accent sur le lien

[14] Loi N°97-940, Journal Officiel de la République Française. C'est une loi relative au « développement d'activités pour l'emploi des jeunes ».

entre la politique réglementaire et la politique économique et sociale. La réglementation du secteur sanitaire et social s'inscrit généralement dans la continuité d'une volonté politique de réduire les coûts de la santé.

L'organisation administrative prend à travers cet exemple une tournure plus complexe encore puisque des considérations économiques s'ajoutent à l'écheveau administratif créé par la mise en place de ce seizième emploi-jeune. Il montre que les initiatives au sein de certains ministères ne tiennent pas compte de la « réalité ». Face à cela l'ANFE et l'UIPARM ont dû réagir[15] :

Historique des démarches (année 1997)

22 Août : Interpellation des membres du Conseil d'administration (CA) de l'ANFE.
25 Août : Lettre à M. de Foucault, responsable de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales).
8 Septembre : Interpellation par l'ANFE de responsables de l'APF et de l'AFM.
10 Septembre : Le CA de l'UIPARM vote à l'unanimité une lettre de mise en garde.
27 Septembre : CA de l'ANFE. Travail d'élaboration des réponses régionales.
6 Octobre : Rencontre avec Mme Salzberg, chargée de mission de M. de Foucault (deux rendez-vous annulés successivement...).
13 octobre : Lettre circulaire d'information aux membres du CA de l'ANFE ; compte-rendu des rendez-vous ministériels.

Toutes ces démarches auprès de l'administration n'ont pas abouti. Et c'est à ce titre que l'ANFE a lancé une campagne d'interpellations des députés et des sénateurs pour les mettre en garde contre l'application du texte qu'ils ont voté. Finalement, l'ANFE a eu gain de cause puisque devant la vague de protestations les préfets ont eu pour consigne de veiller à ce que les emplois proposés n'empiètent pas sur les domaines d'intervention des professionnels qualifiés. Dans le langage administratif cela donne :

« Les établissements porteurs de projets doivent veiller à ce que qu'ils soient strictement conformes à l'esprit du programme, en particulier en ce qui concerne le type d'emplois offerts.

[15] Nous proposons un « historique » des démarches effectuées par l'ANFE et l'UIPARM auprès des instances administratives sur la question des emplois-jeunes. « Historique » publiée dans le Bulletin de Liaison, N°4, 1997.

Les emplois proposés aux jeunes doivent correspondre à une activité nouvelle, jusqu'à présent non assurée ou partiellement assurée, et non à un poste existant.

Dans les secteurs sanitaire et social, il importe de faire respecter ce principe à l'égard de tout emploi existant dans les établissements et les services. Il convient en particulier de s'assurer que les missions relevant de nouveaux emplois n'interfèrent pas avec celles relevant des professions sanitaires et sociales et plus particulièrement les professions réglementées.[16] »

Les responsables de l'ANFE sont toutefois prudents quant au respect de cette circulaire à cause du manque de connaissance de l'ergothérapie même si elle est classée parmi les professions « réglementées ». Cet épisode, selon l'ANFE, est tout à fait significatif d'un manque de consultation entre différents ministères et des incapacités pour ces mêmes administrations à ne pas rectifier rapidement les mesures. Fallait-il attendre l'interpellation des députés et des sénateurs pour modifier les choses ? Après cela, la question du décret d'actes des ergothérapeutes et des autres professions paramédicales n'est toujours pas réglée.

La relation entre le politique et l'administratif

En fait, l'administration est sous influence des décisions politiques. Il faut rappeler que c'est toujours le politique[17] qui en première ou dernière instance donne les impulsions pour faire aboutir un dossier. Pris dans un échéancier électoral ses marges de manœuvre sont réduites mais réelles à l'image de la politique de création d'emplois-jeunes. Pour ce dernier cas, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité n'a pas mesuré toutes les conséquences que peut avoir une telle politique sur les professions « établies ». Finalement la remise en cause de la position d'une profession n'est pas un problème en soi, le politique voit surtout dans le projet de création d'emplois-jeunes, par exemple, la réduction globale du chômage et l'impact positif de ce type de résultat sur la popularité du gouvernement. Il est toujours possible pour le politique de revenir sur des alinéas de la loi à travers une circulaire rectificative, les enjeux primordiaux se situant ailleurs. L'espace administratif ne génère-t-il pas sa propre logique qui au travers des réactions qu'il suscite la confirme ? Le champ administratif structure en quelque sorte les prises de positions qui elles-mêmes entretiennent ce champ. A ce stade, les ergothérapeutes et surtout les responsables de l'ANFE ont-ils une connaissance claire des mécanismes de fonctionnement de l'administration ? Ne doivent-ils pas faire preuve de vigilance pour ne pas se laisser entraîner dans les façons de fonctionner de

[16] Circulaire 97/25 du 24 octobre 1997 suite à la loi N° 97-940.
[17] Au sens du décideur politique.

l'administration justement ? Le champ administratif n'est-il pas orchestré de manière à reproduire un même mode de fonctionnement et à produire des dispositions identiques qui laissent peu de place à l'initiative (principalement du côté des dominés c'est à dire des ergothérapeutes) ? L'étude du deuxième enjeu va nous permettre d'affiner cette réflexion.

2.2. Deuxième enjeu : la question du remboursement des actes en ergothérapie

Précision de l'enjeu : le remboursement des actes en ergothérapie et la possibilité pour les ergothérapeutes de s'installer en libéral.
Organisations qui interviennent dans le champ : le ministère de la Santé, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), l'ANFE, l'UIPARM.

La question de la nomenclature

Cette question rejoint notre premier cas en ce qu'il recoupe des enjeux relativement proches. Au départ, il est question de la réactualisation du décret d'actes, condition, selon l'ANFE, pour obtenir une nomenclature. Toujours d'après l'ANFE, l'évolution de la profession est freinée justement par l'absence de nomenclature. En effet, l'établissement d'une nomenclature permettrait un remboursement systématique des actes d'ergothérapie aux assurés sociaux dans le cadre des prises en charge hors hôpital. Beaucoup d'ergothérapeutes interrogés (près de 70 %, selon notre enquête) voient dans ce refus de la part de l'administration un obstacle sérieux à leur installation en libéral[18].

Plusieurs logiques s'affrontent alors dans le champ administratif, celle des ergothérapeutes, celle de l'ANFE et celle de l'administration. Dans une situation de ce type, l'administration cherche à clarifier le débat en s'appuyant sur des rapports d'experts. Ainsi, à la demande de M. Aubry et de B. Kouchner en 1999 (respectivement ministre de l'Emploi et de la Solidarité et secrétaire d'Etat à la Santé), A. M. Brocas (chef de service à la direction de la Sécurité sociale) a fait un rapport sur l'exercice libéral de certaines professions paramédicales. En fait, ce rapport ne fait aucune référence à l'ergothérapie puisqu'il s'agissait d'une étude sur les professions « nomenclaturées ». Ce manque d'intérêt manifesté par l'administration face à cette question a obligé les ergothérapeutes à réagir, notamment

[18] Ce résultat ne signifie pas que 70 % (71.1 % exactement) des ergothérapeutes interrogés veulent s'installer en libéral. La question de savoir si les ergothérapeutes souhaitent ou pas s'installer en libéral n'est pas une question que nous avons posée aux ergothérapeutes. Nous supposons que tous les ergothérapeutes souhaitent potentiellement s'installer en libéral sans que cela soit un désir profond. Il est vrai que l'absence de nomenclature est certainement un frein important à toute installation.

ceux déjà installés en libéral. Les ergothérapeutes composant l'instance « libérale » de l'ANFE ont plaidé pour une prise en compte des souhaits des ergothérapeutes dans le débat sur les réformes du système de santé. Les arguments avancés par cette instance sont de plusieurs ordres : d'abord une nomenclature hisserait les ergothérapeutes au « même niveau » que les autres professions paramédicales dans les instances de négociation par exemple, ensuite elle permettrait à des structures du secteur médico-social qui renoncent habituellement à embaucher des ergothérapeutes en CDD ou en CDI d'en engager cette fois sur des postes de vacation. Et puis, une identification des nomenclatures serait le résultat d'une meilleure définition des tâches en ergothérapie et éviterait les « confusions » dans les domaines d'intervention vis-à-vis des autres professions. Et enfin, l'exercice libéral ouvrirait des possibilités d'intervention ailleurs que dans des structures habituelles d'exercice, chez les particuliers essentiellement, dans le cas du retour à domicile. A l'évidence, l'administration est réticente à répondre favorablement à la demande de l'ANFE surtout si elle n'a pas exactement évalué l'impact financier de ce type de mesure réglementaire.

Le recours aux experts

Globalement les ergothérapeutes sont à nouveau confrontés au manque de connaissance de leur profession. La multiplication de rapports commandés par l'administration ne change apparemment rien à la situation. Quel impact possède un rapport dans une administration ? Selon J.Y. Trépos un rapport est avant tout une demande d'expertise :

« L'Etat fait de l'intervention de l'expert un outil de gestion des situations normales : l'expert « voit » là où le professionnel (fonctionnaire ou non) ne peut pas ou n'a pas le temps d'aller voir. L'expertise est une mesure d'accompagnement d'une politique publique. (...) Il peut être un moyen récurrent d'expérimenter ou de tester, conditionnant une prise de décision.[19] »

C'est donc une pratique courante dans l'administration de faire appel à des experts. Mais la particularité du rapport Brocas est que ce travail d'expertise a été réclamé non pas à une personne extérieure à la fonction publique mais à quelqu'un qui fait partie de cette structure (rappelons qu'A. M. Brocas est employé par l'administration). L'appartenance à l'administration n'amène-t-elle pas l'expert à être à la fois juge et partie ? La neutralité de l'expertise est-elle garantie ? L'intérêt manifesté par A. M. Brocas de se concentrer

[19] J.Y. Trepos, La sociologie de l'expertise, Paris, Presses universitaires de France, collection « Que sais-je ? », 1996, p. 13.

uniquement sur des professions paramédicales « nomenclaturées » montre à quel point la question de l'extension de la nomenclature vers d'autres professions n'est pas à l'ordre du jour, d'autant plus que les décrets d'actes n'ont pas été réactualisés. La portée du rapport d'expertise est donc limitée si tous les protagonistes du dossier ne sont pas mentionnés. Nous tombons alors dans une sorte de rhétorique administrative qui a plus pour but d'attirer l'attention sur des questions de forme que sur des questions de fond. Le recours à l'expertise contribue à rajouter à l'opacité du champ administratif, la tournure du discours des rapports d'experts en est une preuve :

« (...) En tant que jugements d'attribution formulés publiquement par des agents agissant en mandataires autorisés d'une collectivité et constitué ainsi en modèle de tous les actes de catégorisation (...) ces énoncés performatifs sont des actes magiques qui réussissent, parce qu'ils sont en mesure de se faire reconnaître universellement.[20] »

Le jugement d'un expert a presque force de loi parce que la rhétorique du discours est tiré du droit, selon P. Bourdieu. L'autorité et la légitimité de l'expert sont extraites de cette rhétorique. A quels experts faut-il s'adresser pour clarifier certaines questions ? Les ergothérapeutes participant à l'instance « libérale » de l'ANFE proposent, eux aussi, leur éclairage sur le sujet du remboursement des actes en ergothérapie. Pourrions-nous alors les qualifier de contre-experts sur cette question alors que l'impact de leur rapport serait tout à fait différent de celui d'un expert labellisé par l'administration ?

Les responsables de l'ANFE opposent à cette machine administrative, à cette inertie bureaucratique, la mobilisation, à l'image d'une campagne d'information qui a été lancée en juillet 1999 pour sensibiliser les médias et les différents « acteurs du système de santé » à l'intérêt de l'exercice libéral. Quel est le poids d'une campagne de ce type face à l'avis d'un expert mandaté par l'administration ? Un expert dépêché par l'administration pour réfléchir à des questions concernant sa propre administration ne peut que produire des réponses convenues pour son administration. L'administration oppose à la légitimité des revendications, donc des prises de position des ergothérapeutes, une autre légitimité : celle de la régulation administrative. Certes l'administration à travers ses représentants (Chef de cabinet, Directeur de cabinet, Directeur technique...) consulte ou est consultée, mais ces consultations n'aboutissent pas souvent à des mesures concrètes parce que les mécanismes de l'administration ne s'y prêtent pas toujours très bien. Il faut rappeler qu'en 2001 l'exercice de la profession d'ergothérapeute dépend de trois ministères ou secrétariat d'Etat, celui de la

[20] P. Bourdieu, La force du droit. Pour une sociologie du champ juridique, Actes de la recherche en sciences sociales, 1986, N° 64, p. 13.

Santé, celui chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes handicapées et celui chargé des Personnes âgées. A qui s'adresser pour se faire entendre ?

Les décisions administratives majeures concernant le statut des ergothérapeutes

La multiplication des ministères de tutelle ne facilite pas les démarches et encourage à commander divers rapports, à organiser des consultations, à réunir des commissions sans qu'une véritable décision soit prise. De même que les ergothérapeutes, habitués à ce type de fonctionnement, jouent le jeu de l'administration en se disant qu'une décision en « leur faveur » finira bien par être arrêtée. Nous notons quelques grandes décisions qui ont été prises par l'administration depuis 30 ans « pour » la profession d'ergothérapeute :

Années des principales décisions administratives

Année 1970 : Création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute (décret 70-1042 du 6 novembre 1970).

Année 1980 : Création du certificat de moniteur-cadre d'ergothérapeute (décret 80-13 du 2 janvier 1980).

Année1986 : Décret relatif aux actes professionnels des ergothérapeutes ainsi qu'aux personnes habilitées à les effectuer (décret 86-1115 du 21 novembre 1986).

Année 1995 : Inscription des ergothérapeutes au Code de la Santé publique (loi 95-116 du 4 février 1995).

Année1995 : Création du diplôme d'Etat de cadre de Santé publique (décret 95-92 du 18 août 1995).

Depuis la création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute en 1970 la profession d'ergothérapeute a dû attendre d'abord 16 ans (1986) pour se voir attribuer un cadre juridique précis relatif aux actes ergothérapiques confirmé 9 ans plus tard par l'inscription au Code de la Santé publique. L'administration a donc tardé à prendre une décision qui va dans le sens d'une plus forte protection juridique d'une profession et qui à l'évidence ne pouvait que susciter l'approbation pleine et entière des ergothérapeutes. Ce qui caractérise ainsi l'administration c'est sa capacité à « maîtriser le temps ». En fait, elle n'est pas liée à des échéances parce qu'elle semble être « en dehors des enjeux ». Un dossier prend ainsi plusieurs années à être traité par l'administration, moins pour tester la ténacité des responsables qui sont en charge de le défendre (les responsables de l'ANFE) que pour prendre la mesure des

difficultés à maîtriser ses contours. L'attribution d'un cadre légal à une profession ne relève pas d'un échéancier précis car en matière de décisions administratives il n'existe pas d'échelle de priorités. Dans une certaine mesure, il est plus aisé d'inscrire une profession au Code de la Santé publique que de lui accorder un remboursement des actes car il se greffe sur ce type de dossier des questions d'une toute autre nature en l'occurrence des aspects d'ordre économique.

3. LES ENJEUX LIES A LA REORGANISATION DES SOINS ET DES ETUDES PARAMEDICALES

Dans un contexte de restrictions budgétaires ou de réajustements budgétaires le dossier de la réorganisation des soins est sensible. A ce niveau, l'administration se montre bien prudente à prendre une décision qui touche à des questions financières importantes surtout lorsqu'il s'agit de financement du système de soins. De plus, l'amélioration de la prise en charge des patients passe aussi par un recrutement supplémentaire de professionnels dans le secteur paramédical dont la prolongation de la formation à quatre années reste un enjeu majeur.

3.1. Premier enjeu : la réorganisation du système de soins

Précision de l'enjeu : améliorer la qualité de l'offre de soins et obtenir une meilleure allocation des ressources.
Organisations qui interviennent dans le champ : le ministère de la Santé, la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), les établissements de soins, l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), des associations professionnelles dont l'ANFE.

Le lancement par l'administration de la démarche qualité

L'évocation de la qualité des soins nous amène à nous interroger sur la manière dont l'administration s'engage à réformer le système de soins français. L'idée d'introduire le concept de qualité dans le système de soins part du constat qu'il faut répondre au mieux aux besoins de soins. Ce concept a déjà très largement envahi les sphères des entreprises privées dans le but de satisfaire le client et d'être aussi en position de force face à la concurrence.

Moins concurrencé que les entreprises privées, l'hôpital[21] s'est toutefois engagé depuis quelques années à se réformer dans ses structures, dans sa façon de fonctionner. C'est ainsi que l'administration s'est dotée d'une agence, l'ANAES. Deux autres concepts très liés sont associés au concept de qualité, ceux d'accréditation et d'évaluation :

« L'accréditation est une procédure d'évaluation externe visant à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement de soins évaluant l'ensemble de son fonctionnement, de ses services (parmi lesquels l'ergothépapie tient une place prépondérante), et de ses pratiques.[22] »

Une démarche qualité dans un établissement de soins ne relève pas uniquement du respect draconien des règles d'hygiène et de sécurité, elle prend en compte l'ensemble de l'organisation hospitalière, de sa gestion aux pratiques de soins. Est-ce à dire que l'accréditation telle qu'elle est envisagée par l'ANAES[23] est un moyen de contrôler les établissements et ceux qui y travaillent ? Les professions médicales et paramédicales doivent-elles craindre une remise en cause de leurs pratiques ?

Ministère de la Santé

↓

ANAES

↓

Accréditation de la démarche qualité
par établissement de soins

↓

Maintien ou remise en cause des pratiques de soins

[21] Nous entendons par hôpital, l'ensemble des établissements de santé y compris les cliniques privées qui à l'évidence représentent une forme de concurrence aux hôpitaux publics.

[22] M. Sintes, B. Denat, L'ergothérapie au sein de la démarche qualité, Une clinique de rééducation fonctionnelle, Sauramps Médical, N°4, 1998, p.49.
M. Sintes est ergothérapeute et B. Denat est médecin-chef.

[23] L'ANAES est un établissement public de l'Etat composé de représentants de ministères, des caisses d'assurance maladie et d'autres professionnels impliqués dans l'évaluation médicale. Il existe un conseil scientifique chargé d'apporter son concours aux travaux de l'ANAES. Celle-ci nomme des experts (dont des candidats ergothérapeutes) qui procèdent à l'analyse d'un établissement de soins par exemple, l'expertise sera conduite par une équipe formée d'un médecin, d'un administratif et d'un paramédical. C'est sur la base du rapport rédigé par les experts que l'ANAES délivrera son compte rendu d'accréditation qui est en somme une sorte de label « qualité » de l'établissement concerné.

L'accréditation est donc une procédure qui dépend d'une structure administrative l'ANAES qui est attachée à l'Etat contrairement à la plupart des pays anglo-saxons où ce sont des instances indépendantes qui décernent les certificats de qualité. Cette structure « à la française » ressemble donc à une forme de mainmise administrative sur l'hôpital :

« Pour que les hommes acceptent des systèmes où l'on chasse de plus en plus l'opacité, il faut qu'ils se sentent en confiance, qu'ils aient le sentiment d'être écoutés, qu'ils aient l'impression que les investigations faites ne renforceront pas les pesanteurs bureaucratiques et l'ordre hiérarchisé mais développeront leur autonomie, leur capacité d'entreprise et d'innovation. L'évaluation ne peut réussir dans l'organisation que si elle fait l'objet d'une coopération de tous ceux qui sont et seront concernés par elle.[24] »

L'accréditation qui apparaît à priori comme une contrainte peut être appréhendée comme une occasion de redéfinir les pratiques professionnelles dans les différents services[25]. Certains responsables de service devancent l'accréditation en s'engageant dans une redéfinition de leur activité:

« En collaboration avec le responsable qualité de l'établissement, l'ergothérapeute va définir l'ensemble des activités du service. Ceci correspond à écrire ce qu'il fait et permettra de vérifier qu'il fait bien ce qu'il a écrit. (...) Cette description des activités, en précisant leur durée, leur rythme et le support utilisé, est à l'origine d'une procédure écrite. Pour l'ANAES, elle constitue un document sur lequel l'établissement s'engage à des prestations, dont le contrôle pourra être effectué aisément, comparant l'activité du service d'ergothérapeute à ce qui a été écrit sur ces documents. Pour l'ergothérapeute, la rédaction de ce document l'incite à réfléchir sur l'organisation de son travail et la qualité de la prise en charge de ses patients avant de formaliser par écrit un document qui pourra lui être opposé.[26] »

L'ANAES a effectivement avancé la notion de Références médicales opposables (RMO), celles-ci engagent les professionnels à respecter la procédure de soin qu'ils ont consignée auparavant dans un document de référence précisément. Cette procédure ouvre une réflexion sur les façons de pratiquer les soins mais elle a le désavantage d'être imposée « par

---

[24] F. Steudler, Aspects sociologiques de l'évaluation en santé, in L'évaluation médicale, Paris, Flammarion, 2000, p.72.

[25] Le professeur Y. Matillon (Directeur général de l'ANAES jusqu'en décembre 2002) en s'adressant aux lecteurs du périodique « Ergothérapies » se veut rassurant :

« Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche répondre aux préoccupations de tout acteur soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possibles.»

Y. Matillon, Ergothérapies, N° 5, 2002, p. 9.

[26] M. Sintes, B. Denat, opus cit., p. 50.

en-haut ». Encore une fois l'administration montre à quel point elle impose son autorité dans l'intérêt de tous les acteurs du système.

Le lancement par l'administration de la codification des actes de soins

Dans le même esprit a été créé un Programme de médicalisation du système d'information[27] (PMSI). Ce programme se fonde sur l'article 710-6 du Code de la Santé publique :

« Les établissements de santé, publics ou privés procèdent à l'analyse de leur activité. Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et favoriser l'optimisation de l'offre de soins. »

Le PMSI est un outil informatique permettant de connaître l'activité médicale de chaque établissement. Cela oblige les établissements à codifier tous les soins prodigués au patient. A partir de là les soignants doivent noter le temps passé à pratiquer tel ou tel acte auprès des soignés. Dans le cas de l'ergothérapie tel acte de rééducation (exemple de la « rééducation neuromotrice ») sera codé « RL 30 ». Tous les actes sont ainsi répertoriés et classés en vue d'une modélisation de la réalité des pratiques de soins. Cette codification ne ressemble-t-elle pas à une forme de rationalisation ou une mise en conformité des protocoles de soin ? Sachant que chaque patient est différent, que chaque ergothérapeute à une façon d'aborder le patient de manière différente, peut-on réellement envisager que les établissements se transforment en prestataires de soins, point final ? Ne risque-t-elle pas d'instrumentaliser, de standardiser la relation soignant-soigné ? En effet, dans la mesure où le temps passé à réaliser tel soin est mesuré, évalué, cela ne va-t-il pas insensiblement modifier, à terme, les pratiques thérapeutiques ?

Effectivement le PMSI a d'abord une vocation essentiellement économique puisqu'il s'agit de mieux informer l'administration de l'activité des différents établissements. Le but pour l'administration est de réviser la tarification hospitalière afin à terme de répartir autrement les ressources par établissement :

« L'utilisation du PMSI aura, en outre, des vertus pédagogiques et un effet d'entraînement, qui devraient faciliter la poursuite du développement d'indicateurs de

[27] Ce programme a démarré au milieu des années 1980 pour mettre en évidence l'activité hospitalière en court séjour. Ensuite ce programme s'est développé pour les moyens séjours à partir des années 1990.

gestion homogènes et aisément utilisables par nos services de tutelle. A terme, mon objectif est de disposer d'un véritable outil de planification de la gestion hospitalière.[28] »

Les priorités comptables prendraient-elles le pas sur une approche plus humaine des patients dans les établissements de soins ? S. Veil se veut rassurante et optimiste:

« Tous les outils que nous mettons en place ne seront véritablement efficaces que si les personnels hospitaliers parviennent à se les approprier pour adapter les ressources aux vrais besoins. Je sais pouvoir compter sur eux.[29] »

D'après les résultats de notre enquête le scepticisme est le sentiment prédominant chez certains ergothérapeutes. La codification des actes dans le cadre du PMSI représente une « lourdeur administrative » évoquée dans la réponse à la question 33. Mais d'autres ergothérapeutes voit dans le PMSI une occasion de mettre en valeur l'ergothérapie :

« Participer (au PMSI) c'est optimiser nos moyens et recueillir des données pertinentes et validées. (...)

Participer à la mission PMSI donne un « label » à l'ergothérapie. Son activité est répertoriée, retenue et reconnue puisque intégrée dans les documents ministériels. (...)

La mission PMSI peut apporter beaucoup à la lisibilité de notre discipline et à son repérage tant par les autres disciplines médicales et paramédicales que par les autorités de tutelles.[30] »

Les auteurs de ce texte veulent dissiper les craintes que nourrissent les ergothérapeutes sur les objectifs du PMSI. Les ergothérapeutes sont invités à saisir cette occasion pour se faire mieux connaître. D'autant plus que le ministère demande à des spécialistes de la rééducation et de la réadaptation de participer au projet PMSI. Mais les résultats d'une enquête diligentée

---

[28] Entretien avec S. Veil, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Février 1995, in Bulletin de liaison, N°1, 1995.

[29] S. Veil, ibid.

[30] J.Y. Bausson, F. Eiberle, Soins de suite ou de réadaptation, Expériences en ergothérapie, Masson, N°9, 1994, p. 17.

Les auteurs sont tous les deux ergothérapeutes moniteur-cadre. D'autres collègues ont également cosigné cet article dont certains sont issus de la direction de l'ANFE.

Cet article dans sa construction fait un bref historique du PMSI et rappelle « les démarches mises en œuvre par la profession (donc les ergothérapeutes) pour répondre à la demande ministérielle ». Ensuite les auteurs mettent en avant « les enjeux et les perspectives pour l'ergothérapie ». Dans cette dernière partie, ils s'interrogent sur les conséquences du PMSI sur la profession d'ergothérapeute : l'initiative émanant du ministère donc de l'administration, la prudence et la vigilance s'imposent. Ces prises de position transpercent dans l'article à travers quelques questions :

« L'ergothérapie peut-elle et doit-elle en avoir peur, selon l'utilisation qui en sera faite ? A qui et à quoi survivra cette base de données ?

Est-ce que cette modélisation, c'est-à-dire cette simplification de la réalité, nous aidera à offrir une meilleure qualité des soins aux patients ? (...)

Est-ce que notre champ d'action entre santé et social peut-être conservé ?»

Mais d'un autre côté les auteurs soulignent l'importance du PMSI dans l'avenir, cette procédure pourrait même être une chance pour les ergothérapeutes.

par le ministère en 1994 montrent que la « perception du projet n'est pas effective ». Autrement dit, il reste beaucoup à faire pour informer les professionnels de l'intérêt d'un tel programme.

Voilà les représentants de l'ANFE dans une position qui les oblige à la fois à prendre acte de la proposition de l'administration, de participer au projet et de convaincre les adhérents du bien-fondé de celui-ci malgré les contraintes qu'il entraîne au quotidien dans la codification des actes.

L'accréditation et le PMSI sont des programmes qui montrent que l'administration ne reste pas inerte et qu'elle est détentrice d'une force de propositions et de régulation que les professionnels acceptent malgré les contraintes supplémentaires envisageables. L'administration en sollicitant l'avis des professionnels de terrain comme experts prouve qu'elle sait tenir compte de la réalité. Mais après consultation de ces experts ou des différentes missions la réorganisation de l'offre de soins et de son financement incombera à l'administration. Ce sera donc au tour des experts financiers de prendre le relais. La qualité et l'encadrement des soins seront-ils renforcés devant la volonté de mieux allouer les budgets ? De leur côté les ergothérapeutes sont dans l'expectative et jouent encore une fois le jeu de l'administration.

Dans le champ administratif les décisions mettent un certain temps à être appliquées, toute initiative, toute réforme engagée par l'administration est soumise aux arbitrages et aux décisions des diverses organisations qui la composent. La mise en place d'une évaluation même si elle rencontre le soutien des professionnels risque de perdre en efficacité si des réticences ou des oppositions apparaissent ici ou là. Non seulement les réformes mettent plusieurs années à s'échafauder mais elles peuvent ne jamais vraiment aboutir, et le bénéfice que les ergothérapeutes en tirent reste aléatoire.

3.2. Deuxième enjeu : la réforme des études paramédicales

Précision de l'enjeu : augmenter le niveau de qualification des titulaires du diplôme d'Etat.
Organisations qui interviennent dans le champ : le ministère de la Santé, le ministère de l'Education nationale et de la recherche, l'ANFE, les Instituts de formation en ergothérapie, l'UIPARM.

Pour un rapprochement des métiers de la santé

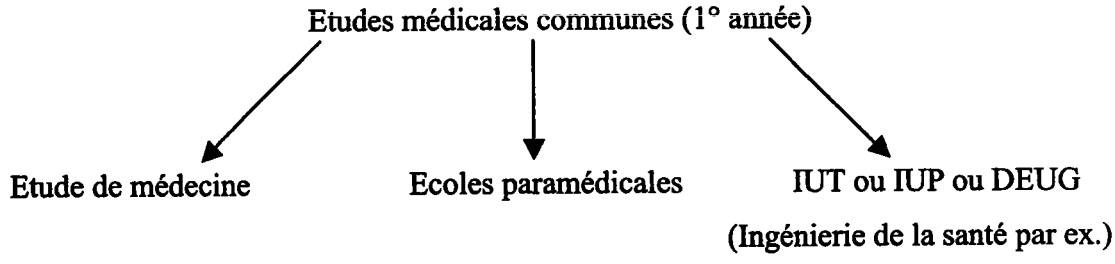
Le diplôme d'Etat d'ergothérapie date de 1970, il sanctionne trois années d'études en école. Depuis quelques années les représentants des différentes professions paramédicales interpellent le ministère de l'Education nationale afin de revoir le programme et les conditions des études. Il est question de rapprochement des professions de santé, du point de vue du statut et des rémunérations.

Dans un souci de clarification le gouvernement Juppé a commandé un rapport sur cette question, qui a été publié en 1997. Dans ce rapport les professeurs J.F. Mattéi, J.C. Etienne et J.M. Chabot recommandent de :

« Décloisonner la formation médicale par rapport aux autres métiers de la santé et de promouvoir une culture de la santé commune.[31] »

Après une première année commune à tous les futurs professionnels de santé il est donc prévu un palier d'orientation qui amènerait les étudiants à choisir entre différents métiers de la santé. Cette initiative permettrait aux étudiants « mal classés » de la première année de médecine par exemple d'opter directement pour des professions paramédicales au lieu de perdre une année supplémentaire à préparer les concours d'entrée aux écoles paramédicales. Cette première année[32] donne aux autres étudiants qui ont choisi une carrière dans le « paramédical » une base médicale solide.

Le choix des filières



A terme, un alignement des carrières et des rémunérations entre les professions paramédicales est à envisager même si les sages-femmes ont pris de l'avance, par exemple seize écoles de sages-femmes sur trente quatre sont déjà habilitées en 2001 à recruter à l'issue de la première année de médecine (PCEM1).

[31] S. Blanchard, Une réforme des études médicales pour rapprocher les professions de santé, Le Monde, 6.11. 2001.

[32] Depuis la rentrée de septembre 2002 une année commune a été mise en place à Bordeaux, Lyon et Nancy (trois instituts sur les huit qui existent).

Toutes ces modifications s'inscrivent dans une réforme d'ensemble des études médicales engagées depuis l'année 1997.

Il ressort de ce projet plusieurs avantages selon ses défenseurs :

- une meilleure connaissance mutuelle des métiers de la santé
- une reconnaissance de l'apport des professions paramédicales dans le champ de la santé
- l'assimilation des études paramédicales à BAC + 3 et non plus à BAC + 2 comme auparavant
- un meilleur statut pour les professions paramédicales avec au bout une revalorisation salariale possible.

Néanmoins plusieurs questions restent ouvertes : l'assimilation des études paramédicales à BAC + 3 ne marque-t-elle pas une meilleure adéquation entre la formation et la qualification du poste occupé ? Cette prolongation des études amènera-t-elle à mieux faire un rapprochement entre le titre et le poste ? L'action d'ajouter une année de formation commune supplémentaire à tous les étudiants va-t-elle dans le sens d'une harmonisation des statuts ?

La question des effectifs d'ergothérapeutes et du nombre de candidats admis dans les différentes filières

Somme toute, ce projet de refonte des études initié par le ministère ne doit pas cacher des difficultés qui sont d'un tout autre ordre, en l'occurrence celles liées au nombre d'admis dans les différentes filières à l'issu de la première année. Connu sous le nom de numerus clausus la sélection du nombre d'étudiants après la première année de médecine a pour but d'adapter le nombre de médecins aux besoins de santé mais aussi de permettre une maîtrise des dépenses de santé en limitant le nombre de prescripteurs. Jusqu'à maintenant l'administration pense uniquement en réduction des dépenses de santé. Ceci est d'autant plus vrai que les professions paramédicales telles que les ergothérapeutes, les infirmiers aussi en sont les premiers touchés. Car si l'on raisonne sur la base des besoins en santé les responsables de l'ANFE ainsi que beaucoup d'ergothérapeutes pensent que ceux-ci ne sont pas satisfaits. Cela est vrai aussi pour les autres professions paramédicales. Les controverses[33] sont incessantes sur la question des prévisions des effectifs de médecins, d'infirmiers, de

[33] Ce nombre a toutefois augmenté depuis l'année 2001 puisque le ministère de la Santé en liaison avec les DRASS a autorisé une augmentation des effectifs des candidats admis dans les différents Instituts de formation en ergothérapie (voir chapitre I (II° partie) pour l'évolution des effectifs pour l'institut de Nancy).

kinésithérapeutes ou d'ergothérapeutes à recruter. Par exemple le nombre de diplômés en ergothérapie sortant par promotion chaque année des différents instituts est constant depuis une dizaine d'années, il est de l'ordre de 300. Les responsables de l'ANFE estiment que ce nombre est largement insuffisant compte tenu des besoins croissants en matière de rééducation et de réadaptation et eu égard au faible effectif d'ergothérapeutes par habitant[34]. Appel entendu par le ministère puisque le 6 décembre 2000 tous les directeurs des Instituts de formation en ergothérapie ont été conviés avec des responsables de l'ANFE à une réunion de travail avec P. Segal, délégué interministériel aux personnes handicapées et avec M. Busnel son conseiller médical et technique. Ces deux représentants de l'administration reconnaissent l'intérêt de développer l'ergothérapie surtout en direction des personnes handicapées. M. Busnel avance le nombre de « 6000 ergothérapeutes supplémentaires » à recruter dans les cinq années à venir[35]. Ce nombre est par certains côté exorbitant en rapport avec le nombre d'ergothérapeutes en exercice (au nombre de 4433 en janvier 2002) mais relativement faible par rapport aux autres professions paramédicales. Mais pour asseoir cette prévision les représentants du ministère ont voulu s'assurer de son bien-fondé :

- en demandant à un expert une évaluation du nombre d'ergothérapeutes nécessaires pour faire face à ces nouveaux besoins
- en sollicitant les directeurs des écoles pour savoir si les établissements de formation sont capables d'absorber une augmentation du nombre d'étudiants.

Cette croissance des effectifs d'ergothérapeutes est donc soumise à deux conditions préalables importantes : d'abord elle est liée à des conclusions d'un rapport d'experts, ensuite elle tient aux possibilités d'accueil d'un nombre d'étudiants supplémentaires dans les instituts. Si au bout du compte les deux avis sont favorables à cette augmentation, les décisions ministérielles ne vont pas l'être pour autant car d'autres enjeux, d'ordre comptable cette fois-ci, se mêleront au débat. Par exemple, la Caisse nationale d'assurance maladie acquiescera-t-elle devant une augmentation possible des dépenses de santé ? Et multiplier le nombre de

---

[34] Si nous prenons pour exemple la répartition pour 100 000 habitants des ergothérapeutes, des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers au sein de la région Alsace, nous nous apercevons que les écarts sont importants. En nous appuyant sur les chiffres communiqués par la DRASS d'Alsace en décembre 2002 nous constatons par exemple que les kinésithérapeutes libéraux sont 4 à 5 fois plus nombreux que les ergothérapeutes à Strasbourg (ville) ainsi qu'à Bischwiller (campagne). Par rapport aux infirmiers, les écarts sont encore plus marqués puisque leur effectif est 103 fois plus important à Strasbourg contre 23 fois à Bischwiller. Et nombreuses sont les villes moyennes du Bas-Rhin qui ne comptent aucun ergothérapeute pour 100 000 habitants.
Sur le plan international la France se distingue par sa faible densité d'ergothérapeutes pour 100 000 habitants. le Danemark arrive en tête en l'an 2000 avec 74 ergothérapeutes pour 100 0000 habitants tandis que la France se situe au 15° rang en Europe avec 7 ergothérapeutes pour 100 000 habitants.

[35] Propos recueillis par H. Hernandez, Bulletin de Liaison, N°5, 2000.

personnes formées n'engendre-t-il pas des frais de formation supplémentaires supportés par l'université, donc l'Etat et les étudiants eux-mêmes ?

La réforme des études paramédicales pose inévitablement d'autres questions sur le contenu des programmes et donc sur la définition des missions qui incombent à chaque profession ainsi que sur le nombre d'étudiants recrutés. La régulation des flux d'étudiants va dépendre de la capacité de l'administration à faire de la gestion prévisionnelle des ressources donc des moyens. Nombreux sont les organismes, les experts conseillant les responsables administratifs et politiques sans que ceux-ci s'engagent véritablement à arrêter des décisions qui s'imposent. Telle est la réalité du champ administratif que nous allons développer.

CHAPITRE II

LA CONSTRUCTION DU CHAMP ADMINISTRATIF

Manifestement les ergothérapeutes subissent le poids de l'administration et donc de la réglementation. L'administration, en tant qu'organisation bureaucratique, définit un éventail de règles concernant à la fois le diplôme, les pratiques professionnelles, la formation, ... en un mot le statut. Cette ambition de vouloir produire un ensemble cohérent et organisé connaît cependant ses limites. Car les règles mettent un certain temps à être édictées, celles-ci ne sont pas élaborées au hasard des circonstances mais élaborées selon des principes qui sont parfois difficiles à démêler. L'évolution de la profession d'ergothérapeute est largement tributaire des décisions administratives donc de la réglementation. Les représentants des différentes professions paramédicales comptent beaucoup sur l'administration pour bénéficier de nouvelles attributions légales dans leur tâche au quotidien. Cette situation relève plus de la dépendance que d'une relation constructive entre deux parties.

1. HISTORIQUE DU CHAMP ADMINISTRATIF

La réglementation d'une profession s'inscrit dans le temps. Elle a pour particularité de donner des garanties à une profession, de la conforter dans ses positions. En somme la réglementation chercherait plutôt à préserver les professions de la concurrence. Mais devant

les nouveaux besoins de prise en charge des patients la concurrence entre les professions s'accroît et paradoxalement l'administration tarde à légiférer, à trancher, à jouer son rôle d'arbitre en dernier ressort.

1.1. Eléments de reconnaissance d'une profession

Rappelons le cadre légal de l'exercice de la profession d'ergothérapeute. L'exercice de l'ergothérapie repose sur deux piliers importants :

Exercice de l'ergothérapie

Diplôme d'Etat (1970) Décret d'actes (1986)

(droit d'exercer) (actes autorisés à être effectués)

Ce dispositif, essentiel pour la reconnaissance d'une profession, a mis quelques années à être édicté, d'autant qu'un délai de seize ans a été nécessaire pour compléter une réglementation par une autre. Quel est l'intérêt d'être diplômé d'Etat ? Quel est l'intérêt de bénéficier d'un décret d'actes ? Ces deux dispositifs légaux permettent de positionner l'ergothérapie dans les rapports qui existent entre les professions paramédicales. En effet, le champ administratif génère des enjeux et donc des prises de position qui engagent l'avenir de chacune des professions. Les intérêts se bousculent, s'entrechoquent entre les différentes professions, l'administration jouant le rôle d'arbitre mais aussi de force structurante des prises de position de chacun des protagonistes :

« Les pratiques et les discours juridiques sont en effet le produit du fonctionnement d'un champ dont la logique spécifique est doublement déterminée : d'une part, par les rapports de force spécifiques qui lui confèrent sa structure et qui orientent les luttes de concurrence ou plus précisément les conflits de compétence dont il est le lieu et d'autre part, par sa logique interne des œuvres juridiques qui délimitent à chaque moment l'espace des possibles et par là, l'univers des solutions proprement juridiques.[1] »

Le contenu de ce passage est largement transposable aux questions qui nous importent. Car le champ administratif n'est-il pas producteur d'un discours spécifique, de règles propres,

[1] P. Bourdieu, La force du droit, Eléments pour une sociologie du champ juridique, Actes de la recherche en sciences sociales, N°64, 1986, p. 3.

ayant des conséquences attendues en matière de concurrence entre les différentes professions ?

Il y a donc des règles qui président au champ mais que l'on peut remettre en cause compte tenu des rapports de force qui existent à l'intérieur de celui-ci. Ces règles ne sont pas neutres et confèrent aux professions des positions différentes. Par exemple, concernant le cadre légal de la pratique de l'ergothérapie depuis les années 1945, un texte législatif (décret du 5.03.1956) prévoit « la présence d'un ergothérapeute pour vingt malades dans un centre de rééducation ». Ce début de réglementation « accompagne » une discipline qui commence à s'imposer dans les centres de rééducation après la deuxième guerre mondiale. De plus, les premières écoles d'ergothérapie ont été créées avant même que la profession ne bénéficie d'un diplôme d'Etat et d'un décret d'actes. Le contenu des programmes dispensés dans ces écoles se basait sur la réglementation internationale comme si une discipline avait la hantise du vide réglementaire. En somme, il faudrait savoir si l'insertion d'une discipline dans un cadre législatif lui donne une légitimité suffisante pour, à terme, modifier les textes en sa faveur.

Il est vrai qu'un simple décret donne aux professionnels qui en bénéficient l'assurance d'un début d'existence légale ou formelle. Mais le champ administratif est un espace social organisé et contraignant où les règles du jeu sont modifiables à tout moment selon l'état des rapports de force. En matière de soins ce sont les infirmiers qui occupent une place prépondérante dans les structures administratives[2] pour des raisons historiques. Aussi, les professions paramédicales hors infirmiers cherchent à intégrer ces mêmes structures pour imposer leur point de vue. Il s'agit de faire une place à des professions qui à ce jour ne sont pas représentées comme elles le souhaiteraient. L'UIPARM s'engage dans ce sens afin de donner toute la place aux professions hors infirmiers. Donc le champ administratif est bel est bien le champ des positions mais surtout des prises de position, il est assimilable à un « espace des possibles » selon l'expression de P. Bourdieu, où il n'est pas exclu d'opérer des changements. Mais le champ administratif ne participe-t-il pas à la constitution de monopoles, concernant la maîtrise des soins par exemple ?

[2] Les structures administratives concernent diverses institutions aussi variées que les ministères, l'Office des professions paramédicales, les conseils d'administration des hôpitaux, etc. Ce sont toutes des instances décisionnelles et consultatives dont l'impact sur l'avenir d'une profession est déterminant.

1.2. La question du monopole de la maîtrise des pratiques professionnelles

Le cas du décret d'actes est éloquent, celui-ci protège de la concurrence et assure donc un monopole légal de l'exercice d'une profession. Car il ne suffit pas pour un ergothérapeute de maîtriser un art, il faut que cette capacité de maîtrise soit formalisable de sorte que les compétences soient clairement reconnues. Ne doutant pas de la croissance des besoins en rééducation et en réadaptation, les ergothérapeutes sont persuadés qu'ils détiennent des compétences largement utiles. Toutefois le décret d'actes de 1986 ne donne pas entièrement satisfaction aux ergothérapeutes. Il n'est pas assez précis dans sa définition des actes ergothérapiques pour accorder une reconnaissance de certaines compétences aux ergothérapeutes. Par exemple, il n'est pas précisé dans le décret d'actes de 1986 que l'ergothérapeute peut intervenir au domicile du patient dans le cadre de certaines attributions (pratiquer des actes de réadaptation par exemple). Comment faire avancer les dossiers dès lors ?

L'ANFE en tant que composante de l'UIPARM multiplie donc les démarches auprès des ministères pour faire valoir les droits des professions paramédicales hors infirmiers à occuper des postes au sein des instances administratives de régulation. Dès lors que les représentants de l'ANFE acceptent les règles du jeu de l'administration ils se donnent aussi le droit de les rectifier. Le champ administratif comporte bien un effet structurant, il donne toutefois des espaces de liberté et de contestation[3]. Ces espaces sont-ils nécessaires pour rappeler l'administration à ses obligations ? Qu'est-ce que la logique bureaucratique face à la réalité de terrain ? Du moment que l'administration sanctionne les années d'études en ergothérapie par un diplôme d'Etat, qu'elle accorde un décret d'actes, la reconnaissance d'une profession est pour ainsi dire acquise. Or il n'en est rien. Participer au champ

---

[3] C'est l'objet de la lettre adressée par le président de l'ANFE en novembre 1998 à la direction des Hôpitaux attachée au ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Extraits :

« (...) La profession d'ergothérapeute, par sa dynamique médico-sociale de rééducation et de réadaptation, c'est à dire de recherche de l'autonomie la plus adaptée chez la personne handicapée, se révèle majeure dans les actions interdisciplinaires engagées.

Le décret 712-32 en date du 2 octobre 1992, relatif aux conditions d'ouverture d'un hôpital de jour, ne prévoit pas de poste d'ergothérapeute parmi les personnels nécessaires.

Il nous paraît indispensable que puisse être envisagée une modification de cette législation, portant mention de l'ergothérapie et qui inviterait de fait par son application :

- *à un élargissement des personnels compétents à ce type de structure*
- *à une amélioration de la qualité par une dynamique interdisciplinaire optimisée*
- *à une reconnaissance légitime de l'ergothérapeute comme acteur, à part entière, des actions rééducatives et réadaptatives.*

Les membres actifs de notre association sont naturellement disponibles afin d'apporter leur contribution à une réflexion allant en ce sens.»

L. Berges, Bulletin de Liaison , N°4, 1998.

administratif, n'est-ce pas se donner l'illusion de faire partie d'une vaste organisation qui devrait développer les aspirations de chacune des professions au sein de la mission de santé publique ?

Dans les faits, les décisions sont prises dans les cabinets ou au sein des directions générales sans véritable consultation des agents concernés. La stratégie adoptée par l'ANFE est typique de la réaction qu'une administration est en droit d'attendre lorsqu'elle s'engage dans des initiatives de modification du fonctionnement de certaines structures de soins (comme la création d'un hôpital de jour). Est-ce le manque de connaissance de la profession qui fait que les ergothérapeutes n'ont pas été prévus dans le dispositif du personnel de l'hôpital de jour[4] ? Ou a-t-on écarté volontairement les ergothérapeutes sous prétexte qu'ils « prendraient trop de place » ? Dans la mesure où il s'agit de rendre efficient le système de soins, est-il dans l'intérêt de la direction des Hôpitaux d'écarter les ergothérapeutes ?

Encore une fois nous sommes dans le jeu des positions et des prises de position propres au champ administratif. Les mêmes stratégies se reproduisent dans un sens comme dans l'autre. Dans notre exemple, le président de l'ANFE interpelle les responsables de la direction des Hôpitaux sur la contribution qu'apporte l'ergothérapie au système de soins, il endosse ainsi les habits de porte-parole d'une profession comme l'aurait fait n'importe quel autre responsable d'association professionnelle. Ne souhaite-t-il pas que l'ergothérapie soit traitée sur un pied d'égalité avec les autres professions paramédicales ? De plus, pour que les choses soient bien comprises, ne donne-t-il pas une définition de l'ergothérapie en début de lettre afin que les responsables administratifs se fassent une meilleure idée de cette profession[5] ?

2. LE POUVOIR REGALIEN DE L'ADMINISTRATION

Les responsables de l'ANFE restent très vigilants sur toutes les démarches entreprises par l'administration. Ils sont appuyés par les membres de l'UIPARM pour rendre attentifs les

[4] L'hôpital de jour correspond à une prise en charge du patient dans un établissement de soins en journée sans qu'il séjourne sur place. Seul son repas de midi est assuré.
Si le décret ne prévoit pas d'ergothérapeutes dans le dispositif de l'hôpital de jour, cela ne veut pas dire qu'ils n'y participent pas, tout dépend des équipes de direction en place dans les différents établissements. La participation d'un ergothérapeute dans une équipe de soins en hôpital de jour est rattachée à la bonne connaissance de l'ergothérapie par les responsables de l'établissement.

[5] Rappel : dans notre enquête, 70.3% des ergothérapeutes interrogés considèrent que la profession d'ergothérapeute est peu connue de l'administration.

services centraux de l'administration de leurs possibles « erreurs de jugement ». D'autre part, il ne faut pas écarter le rôle du politique dans les décisions arrêtées par l'administration. Sans l'intervention du politique certaines réformes n'aboutiraient pas ou ne seraient pas engagées.

2.1. L'administration soumise au politique a une capacité à imposer ses vues

Les choix réglementaires et les arbitrages en matière de santé publique émanent d'orientations strictement politiques, la création du seizième emploi-jeune (« accompagnateur de personnes dépendantes ») en est une preuve[6]. Face à cette initiative l'ANFE a réagi notamment par la plume de son président. La lettre adressée au ministère souligne que les initiateurs de la politique d'emplois-jeunes manquent d'information sur le sujet du retour à domicile. Le président de l'ANFE rappelle que ces «nouveaux professionnels » n'ont pas le même profil que les « professionnels ergothérapeutes » qui eux sont légitimés dans leurs compétences et dans leur capacité d'expertise par la réglementation (il n'omet pas de rappeler les textes de loi relatifs au décret d'actes professionnels des ergothérapeutes (1986) et à l'inscription de l'ergothérapie au Code de la Santé publique (1995)). La menace de vouloir faire appel à un arbitrage extérieur (en s'adressant certainement au tribunal administratif donc à la justice) est symptomatique des rapports qui existent entre les pouvoirs publics et ceux qu'ils sont chargés d'administrer. L'administration en association avec le pouvoir politique se distinguerait-elle par sa myopie en ce sens qu'elle s'engage dans des réformes sans étudier les conséquences les plus immédiates ? L'administration possède cette réputation qui la présente sous la forme du pouvoir réglementaire, de la contrainte, ses décisions ayant un caractère définitif, sacré et normatif. Mais ses représentants qui détiennent les plus hautes responsabilités ont-ils toujours une perception claire de la réalité? :

---

[6] Cette initiative prise par le ministère a fait l'objet de réactions multiples et amené le président de l'ANFE en août 1997 à adresser une lettre au directeur de cabinet du secrétaire d'Etat à la Santé. Extraits :

« (...) Mes collègues et moi-même avons pris connaissance avec attention et intérêt des mesures proposées par madame le ministre de l'Emploi et de la Solidarité en faveur de l'emploi des jeunes.
L'une des orientations professionnelles envisagées, soit la facilitation de la réinsertion lors de la sortie de l'hôpital, constitue aujourd'hui l'objet de ma correspondance.

Nous nous réjouissons que puissent être enfin considérés avec plus d'acuité les besoins en matière de retour à domicile. En revanche, nous sommes surpris que des actes très spécifiques tels que la préparation du domicile ou l'installation du malade dans son environnement puissent être pris en charge par ces nouveaux professionnels, là où ces mêmes actes sont partie intégrante de l'exercice de rééducation et de réadaptation des ergothérapeutes, telle que régi par la décret du 21 novembre 1986 et la loi 95-116 du 4 février 1995.

Avant d'envisager tout recours et afin d'apporter une réponse à l'interrogation des professionnels ergothérapeutes, je vous serais gré de bien vouloir nous apporter les éléments d'information dont nous n'aurions peut-être pas eu connaissance. (...). »
L. Berges, Bulletin de Liaison, N°3, 1997.

« Le point de vue des fonctionnaires qui, étant placés au sommet de la hiérarchie bureaucratique, sont censés être situés « au-dessus de la mêlée », donc être inclinés et aptes à « prendre du recul » et à « voir les choses de haut », à « voir grand » et à « voir loin », s'oppose à la vision ordinaire des simples exécutants ou des agents ordinaires, (...).[7] »

P. Bourdieu insiste sur la vision réductrice qu'ont les hommes de pouvoir au sein de la bureaucratie dans la maîtrise et l'application d'une politique, d'un projet. Ils ont une perception figée de leur mission :

« La perception orientée et réglée par le règlement est une perception sélective qui a les mêmes limites que la compétence statutaire du fonctionnaire.[8] »

Ainsi les mesures réglementaires émanant de l'administration n'obligent-elles pas les agents (ici les ergothérapeutes) à être vigilants et attentifs parce que leur position « d'infériorité » dans le champ administratif les y oblige ?

Illustration de la relation entre l'administration et l'ergothérapie

Cette histoire rapportée dans le Bulletin de liaison de l'ANFE (N° 3, 1999 et N° 3, 2000) est éloquente sur la manière dont peut être considérée une profession par l'administration.

Une association d'Aide à domicile pour personnes âgées (ADPA) de Bourgoin-Jallieu prévoit dans son dispositif d'aide un ergothérapeute à la fin des années 1980. Ce poste d'ergothérapeute est inclus dans le budget de l'association dont le financement dépend largement de la CRAM (Caisse régionale d'assurance maladie). En 1991 la CRAM introduit un recours devant la Commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale (CITSS) pour le budget de l'association de 1991. La CRAM reproche à l'ADPA de prévoir dans son budget la rémunération de personnel « non soignant » en l'occurrence un ergothérapeute. Autrement dit, pour la CRAM de la région Rhône-Alpes l'ergothérapeute ne ferait pas partie du personnel soignant donc il n'est pas prévu de l'inclure dans le budget de l'association. Or le décret d'actes de 1986 précise que les ergothérapeutes sont habilités à exercer dans un service à caractère médico-social régi par la loi de 1975, ce qui est le cas de notre association. Ce même décret (rappelons-le) énonce les actes professionnels qui, sur prescription médicale, leur donnent la qualité de soignant.

Ce décret aurait dû suffire pour convaincre la CITSS d'accepter le financement d'un poste d'ergothérapeute. Or la CITSS donne tort à l'association, celle-ci doit alors supprimer le poste d'ergothérapeute faute d'aides financières. Devant le refus de la CITSS d'accepter le financement d'un poste d'ergothérapeute, l'association dépose un recours devant la Commission nationale du contentieux de la tarification sanitaire et sociale. Elle obtient finalement gain de cause en 1998 cinq ans après avoir déposé le recours. La commission nationale annule la décision de la CITSS en s'appuyant sur le décret d'actes de 1986 mais aussi sur l'inscription de l'ergothérapie, trois ans plutôt (en 1995), au Code de la Santé publique. Cette inscription a confirmé que l'ergothérapeute fait bien partie du personnel soignant.

---

[7] P. Bourdieu, Droit et passe-droit, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 81/82, 1990, p.86.

[8] P. Bourdieu, Ibid, p. 87.

Une dizaine d'années donc a dû être nécessaire pour faire reconnaître l'ergothérapie dans une structure de soins à domicile pour personnes âgées dans la région Rhône-Alpes.
Cet exemple montre à quel point une profession peut se heurter aux « freins administratifs » malgré des textes de lois au départ spécifiant que les ergothérapeutes sont habilités à accomplir tels actes de soins (loi de 1975, décret de 1986). L'action menée par la CRAM contre l'association ne relève pas seulement du simple prétexte comptable pour refuser de financer un poste qui ne lui apparaît pas comme un poste de soignant, elle confirme le degré de formalisation qui imprègne l'administration. Alors que la préfecture et la DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) donnaient gain de cause à l'association la CRAM empruntait le chemin inverse en déposant un recours. Le champ administratif produit un rapport de forces dans le cadre des textes et des règles de droit qui constituent son fondement. Alors que la règle de droit devrait montrer le chemin à suivre, elle devient la cause d'un contentieux. Serait-elle insuffisamment élaborée pour en venir à un tel degré de clivage entre une administration (la CRAM) et une autre administration (l'ADPA soutenue par la DDASS) ? La CRAM en déposant un recours a-t-elle simplement voulu « clarifier » indirectement la position de l'ergothérapie dans le système de soins à domicile ? Dans ce cas son action a été d'une certaine manière bénéfique parce qu'elle a permis de confirmer la place de l'ergothérapie dans le système de soins pour personnes âgées en particulier et de l'aide à domicile en général. Il est vrai qu'entre le dépôt du recours (1988) et la délibération de la commisssion nationale (1998) l'inscription de l'ergothérapie au Code de la Santé publique en 1995 a certainement pesé dans la décision.
La réglementation qui régit le champ administratif a-t-elle joué pleinement son rôle ? Elle n'a pas évité le contentieux, elle a seulement, devant la longueur de la procédure, amené à la renforcer dans le sens d'une plus grande reconnaissance des pratiques en ergothérapie.
Cet exemple nous prouve une fois de plus que l'administration en tant qu'organisation bureaucratique est fondée sur des règles qui peuvent être un obstacle à la reconnaissance d'une profession si elles ne sont pas assez précises ou suffisantes. La position d'une profession doit-elle nécessairement dépendre de la procédure réglementaire instituée par l'administration ?

Souvent les représentants des professions doivent faire preuve d'esprit d'anticipation afin de devancer (presque) les initiatives de l'administration[9]. La réactualisation du décret

[9] Confortés dans leur position par le décret d'actes de 1986 et l'inscription au Code de la Santé publique en 1995 les représentants des ergothérapeutes s'engagent à prendre de nouvelles initiatives. C'est le cas en 1997 où le président de l'ANFE s'adresse au responsable de la Direction générale de la santé (sous-direction des professions de santé) ainsi qu'à la conseillère technique auprès du secrétaire d'Etat à la Santé pour leur soumettre les résultats de travaux effectués par des ergothérapeutes sur la réactualisation du décret d'actes. Extraits de la lettre adressée à la Direction générale de la santé :

« Faisant suite à l'inscription de la profession d'ergothérapeute au Code de la Santé publique, en février 1995, l'ANFE constitua un groupe expert, composé de professionnels issus de différents domaines d'exercice.

Ce groupe était chargé de réfléchir, d'une part à une réactualisation du décret d'actes d'ergothérapie, d'autre part à une cotation de ces mêmes actes.

La première partie de ce travail a été effectuée et j'ai donc ce jour l'honneur de vous en faire connaître les conclusions.

Il apparaît que la Direction générale de la santé entend procéder à la réactualisation des décrets d'actes professionnels des différents exercices paramédicaux, et je souhaite que nous puissions ainsi répondre à cette volonté. (...). »

d'actes est par exemple l'occasion pour les ergothérapeutes d'affirmer leur capacité d'expertise. Mais quelle est la légitimité de l'initiative de l'ANFE dans la modification du décret d'actes ? L'initiative de l'ANFE a l'aspect d'une proposition de collaboration avec les instances administratives tout en sachant que ces dernières ne possèdent pas la « maîtrise du calendrier ». L'administration n'a pas l'entier contrôle des débats et des échéances dans l'élaboration et la concrétisation d'un projet, sa capacité d'initiative est suspendue à la volonté politique. Cette situation pose la question de la relation entre l'administration et le politique :

« Les administrations doivent être soumises aux élus, nationaux ou locaux, et se contenter de gérer, c'est-à-dire d'assurer l'intendance sans chercher à s'immiscer dans les décisions prises au sommet.[10] »

Donc ce n'est pas nécessairement l'administration qui freine ou accélère un projet mais le politique. Conforté dans sa légitimité, le politique a la capacité de modifier la donne. Lorsqu'un nouveau gouvernement pose clairement un certain nombre d'objectifs à atteindre les réformes suivent[11]. En d'autres termes, il ne tient qu'au politique d'engager des initiatives volontaristes. Les orientations politiques sont donc déterminantes dans la mise en place d'une réglementation spécifique. Mais il suffit d'un changement de majorité politique (c'est le cas en juin 1997 avec la défaite de la droite aux législatives et la fin du gouvernement d'A. Juppé) pour que les réformes entamées soient stoppées net. Depuis 1997, les demandes de révision des décrets d'actes émanant autant de l'ANFE que de l'UIPARM se sont heurtées à un refus des instances ministérielles. Ce n'est pas faute d'avoir « frappé à la bonne porte » mais l'hypothèse avancée par les responsables de l'ANFE pour expliquer ce refus tient à la nouvelle politique de santé adoptée par le gouvernement de L. Jospin, celle-ci ne cadrant pas avec les revendications des ergothérapeutes. Cet exemple concernant la modification du décret d'actes des ergothérapeutes montre donc à quel point il existe des liens entre l'administration et le politique.

S'il est vrai qu'une réforme échoue ou aboutit en fonction d'une volonté politique avérée, faut-il rappeler aussi qu'elle ne s'accomplit pas sans l'investissement des agents de

---

L. Berges, Bulletin de Liaison, N°1, 1997.

[10] L. Rouban, Les transformations de l'action publique, Revue française d'administration publique, N° 86, 1998, p. 159.

[11] Le Quotidien du Médecin du vendredi 21.02.1997 nous apprend que :

« Le projet de convention d'objectifs et de gestion Etat-Caisse nationale d'assurance maladie - qui aux termes de la réforme Juppé, régit les relations entre le gouvernement et les caisses - définit de manière assez détaillée, pour la période 1997-1999, les objectifs de santé publique, les modalités du système des nomenclatures des actes professionnels, le calendrier de mise en œuvre du codage des actes et des pathologies, la politique hospitalière. (...) Le gouvernement et l'Etat s'engagent, dans le cadre d'un projet de convention, à réformer profondément le système des nomenclatures des actes professionnels qui permettent de décrire l'activité des professionnels de la santé et servent de base à la tarification de leur activité.»

l'Etat chargés de l'appliquer ? Le changement de majorité politique n'explique pas tout. Si l'administration est sous l'influence du politique le contraire peut être vrai aussi. Certains hauts fonctionnaires des ministères auraient la possibilité de convaincre le politique de l'utilité de certaines réformes. Aussi, un changement de majorité politique ne freinerait pas des projets engagés sous un autre gouvernement.

2.2. L'administration qui impose un statu quo participe à la reproduction des positions

Dans le cas présent le projet global de révision du système de santé amorcé par A. Juppé est remis en cause. Tous les dossiers en cours (celui de la révision du décret d'actes par exemple) doivent à nouveau être rediscutés[12]. A nouveau, il est nécessaire d'accomplir des démarches pour maintenir les liens entre le politique, l'administration et les représentants des professions. Le fait de s'adresser directement au ministre et à ses conseillers en charge des dossiers les plus importants confère à l'instance politico-administrative un pouvoir que nul ne met en doute. La domination du politique est incontestée voire incontestable dans ce type de rapport. L'UIPARM et l'ANFE ainsi que les autres associations professionnelles sont rompues à ces façons de fonctionner, elles ne sont pas exemptes de tensions.

Dans ce champ, l'agent pris individuellement avec ses revendications ne représente aucun poids, seule la représentation collective trouve une source de légitimité face au pouvoir de l'administration. Associations professionnelles et administration participent donc à un jeu où chacun des participants reconnaît l'autre dans sa position. Dans cet espace donné, institué, des stratégies de négociations, de discussions, d'interpellations, de sollicitations destinées à le modifier se développent. C'est un univers où les différentes prises de position sont le reflet

---

[12] Extrait de la lettre adressée par la présidente (F. Bizouard) de l'UIPARM au ministre de la Santé (nouvelle majorité politique) en date du 27.07.1997 au sujet de certains dossiers :

« En qualité de Présidente de l'Union interprofessionnelle des associations de rééducateurs et médico techniques (UIPARM) je souhaiterais vous présenter notre association qui a la particularité de regrouper des associations de professionnels du corps des rééducateurs et médicotechniques.

Composée d'acteurs du monde de la santé au service du patient soucieux de l'efficacité de leurs soins sa vocation est la promotion et la reconnaissance de chacune des professions. Plusieurs dossiers, déjà étudiés par les précédents ministères sont importants au regard de l'évolution des métiers de la santé. Nous souhaiterions que les dossiers concernant l'expertise, le coordonnateur de plateau technique et les décrets d'actes des différentes professions, en cours d'élaboration ou en cours de révision, puissent, grâce à votre diligence, aboutir. »

F. Bizouard, Bulletin de liaison, N°3, 1997.

des rapports de force voire de lutte entre d'un côté des agents et leurs représentants et de l'autre les instances bureaucratiques. Mais dans ce champ, chacune des parties veut faire triompher ses intérêts. L'administration campe toujours dans une position d'attente, de prudence, sûre de la légitimité de sa position face à des revendications qu'elle a elle-même encouragées d'une certaine manière mais dont l'aboutissement n'est pas assuré. Ainsi un champ peut être assimilé :

« A une structure de la distribution des forces (ou des atouts) entre les agents efficients, c'est-à-dire entre les individus qui ont assez de poids pour orienter effectivement la politique du logement parce qu'ils détiennent telle ou telle des propriétés agissantes dans le champ. Ayant établi cette structure, on pourra alors examiner si, aux positions que les agents (ou les corps) y occupent, correspondent, comme on peut le supposer, les prises de positions qu'ils peuvent prendre dans les luttes pour conserver ou transformer la réglementation en vigueur, si autrement dit, les différences objectives dans la distribution des intérêts et des atouts peuvent expliquer les stratégies adoptées dans ces luttes, et plus précisément, les alliances ou les divisions en camps.[13] »

Il s'avère que la position qu'occupent les représentants de l'UIPARM et de l'ANFE ne permet pas de modifier le rapport de forces. Les avancées obtenues jusqu'à maintenant en matière de réglementation professionnelle, sur la question du seizième emploi-jeune, sur la modification du décret d'actes, témoignent de la capacité des associations professionnelles à sensibiliser l'administration sur certaines réalités mais il est difficile pour elles de fixer l'ordre du jour des réformes à entreprendre. D'autres questions concernant la dépendance, l'autonomie, le maintien à domicile, le handicap en général préoccupent également les ergothérapeutes mais sont à nouveau soumises à l'arbitrage de l'administration.

3. LES GRANDES ORIENTATIONS PRISES PAR L'ADMINISTRATION SUR LA QUESTION DU HANDICAP

Les décisions majeures de l'administration sont pilotées par les décisions politiques. Partant d'une idée généreuse (aller dans le sens de l'intérêt général), la traduction sur le

[13] P. Bourdieu , La construction du marché, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 81/82, 1990, p.70.
Dans cet article P. Bourdieu évoque le champ administratif et la production de la politique du logement dans les années 1970. En décrivant ce champ administratif précisément il met en lumière un état des rapports de force typique des univers où se mêlent les intérêts de différents protagonistes (entrepreneurs, banquiers, hauts fonctionnaires, hommes politiques, etc.).

terrain des initiatives administratives comporte toutefois des incohérences. Mais le mérite des initiatives politico-administratives est d'engager un débat avec les nombreux acteurs de terrain, les associations notamment.

3.1. La loi de 1975 est un exemple d'engagement du politique et de l'administration dans la prise en charge du handicap

La question du handicap est une question qui mobilise le politique au point où celui-ci s'est engagé dès 1975 à poser une loi d'orientation en direction des personnes handicapées[14]. Cette loi fixe donc les grandes lignes d'une politique d'envergure vis-à-vis des handicapés. Elle précise dans une certaine mesure que l'intégration de la personne handicapée doit être l'affaire de tous : familles, associations, Etat, établissements spécialisés, etc. Cet engagement de l'administration rappelle que les causes du handicap se situent moins du côté des populations handicapées que du côté des situations auxquelles elles sont confrontées au quotidien dans la relation aux autres par exemple. La réponse au handicap n'est pas seulement d'ordre médical mais elles est surtout d'ordre social, d'où la volonté de la part du législateur de mettre l'accent sur le volant « réadaptation ». L'intérêt de cette loi est d'avoir soulevé une autre problématique concernant le handicap, elle implique la mobilisation de bon nombre de professionnels, les ergothérapeutes sont parmi ceux que ce projet intéresse au premier plan. Mais les bonnes intentions du législateur n'ont pas toujours été suivies des effets souhaités :

« Sans doute la loi de 1975 sur les établissements sociaux et médico-sociaux a-t-elle contribué à relativiser les effets du principe d'intégration. (...) Elle va répondre à d'immenses besoins en termes de prises en charge, mais va souvent favoriser une orientation des jeunes et

---

[14] Cette loi évoque les principes de l'intégration sociale des personnes handicapées. L'article premier de cette loi énonce :

« La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale.»

Le même article précise, en son alinéa 2, que les familles, l'Etat et toutes les institutions publiques et privées :

« Associent leurs interventions pour mettre en oeuvre cette obligation en vue, notamment, d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables. »

L'alinéa 3 est particulièrement important puisqu'il fixe une priorité à l'intégration :

« Chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent elles pourront accéder aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et prétendre au maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie. »

B. Marrot, L'administration de la santé en France, Paris, L'Harmattan, 1995, p. 373 et 374.

adultes handicapés vers des institutions naturellement surprotectrices au détriment de structures de services et d'accompagnement volontairement plus intégratifs.[15] »

La loi de 1975 a le mérite de soulever la question de l'intégration sociale des personnes handicapées, elle est inspirée par l'intention d'améliorer la prise en charge de celles-ci surtout dans les institutions spécialisées. Mais force est de constater que c'est toute la société qui ne fait pas encore assez de place à une partie de la population. En fait, si la loi de 1975 a permis d'améliorer les conditions d'intégration de la personne handicapée elle n'a pas tout réglé[16], il s'en faut de beaucoup. L'Etat ne s'appuie-t-il pas sur les initiatives associatives (privées donc) pour pallier les insuffisances de sa politique d'insertion ? Les associations telles que l'AFM, l'APF ou l'UNAPEI ont développé bon nombre de projets pour faciliter la réinsertion des personnes handicapées. Proches de leurs besoins elles ont fait montre d'innovation à travers des structures d'aide à domicile (type SRAI, ESVAD) pour assurer mieux encore leur mission d'insertion. D'autres projets du même ordre ont suivi sur tout le territoire émanant d'équipes médicales appartenant à des structures hospitalières par exemple. Souvent l'administration représentée par la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie), le Conseil général ou les services sociaux donne son aval financier à ces actions. Mais devant la multiplication des expérimentations concernant le domaine du handicap, qui se rajoutent aux structures déjà en place, l'administration a voulu en mars 2000 engager une vaste réflexion autour de la question de la « compensation du handicap[17] ». Ainsi depuis quelques années la problématique concernant le handicap a changé.

Le politique fait de nouveau ici preuve d'une grande prudence d'approche face à certains dossiers. Tout porte à croire que dans l'état actuel de la prise en charge du handicapé les choses peuvent être améliorées. En somme, il est nécessaire de mieux coordonner les différents acteurs de terrain (familles, associations, établissements spécialisés, les services sanitaires et sociaux par département, professions de santé,...) pour un meilleur suivi du

---

[15] M. V. Assante, Personnes « handicapées » et personnes en « situation de handicap » : un défi majeur à l'aube du troisième millénaire, Rapport du Conseil économique et social, Paris, Les éditions des journaux officiels, 2000, p. 6.

[16] Notamment sur les questions portant sur l'insertion professionnelle, la coordination des services d'aides aux handicapés, les ressources financières des handicapés, etc.

[17] Un groupe de travail a été créé dit « groupe Lyasid », du nom de sa présidente, à l'initiative des ministres M. Aubry et B. Kouchner. Collaborent à ce groupe des associations de personnes handicapées type AFM ou APF ou UNAPEI, des sites pilotes (Pilote 56, APF 42, CITEVA 71,...) et des instances administratives comme la CNAM, la Direction de l'action sociale, ainsi que l'ANFE.
H. Hernandez, Bulletin de Liaison, N°3, 2000
La personne handicapée est placée au centre des dispositifs d'intégration, cela suppose, entre autres, d'opter pour une nouvelle définition du handicap moins portée sur le handicap lui-même que sur la « situation de handicap ». Cette orientation du débat n'est pas nouvelle mais elle a le mérite de réapparaître au grand jour, les besoins étant toujours aussi importants. Les ergothérapeutes sont donc particulièrement concernés par ces travaux de réflexion.

patient. L'administration veut ramener cette question du handicap au niveau local, c'est-à-dire départemental, voire sur des zones géographiques plus restreintes, bref opter pour une véritable décentralisation. Quel rôle peuvent jouer les ergothérapeutes dans cette redéfinition des priorités dans le cadre de la « compensation du handicap » ?

L'évolution du rôle des commissions départementales d'éducation spéciales (CDES)

Les CDES ont été créées par la loi d'orientation de 1975. Ce sont des instances qui ont pour vocation « de déterminer le handicap, accorder des prestations et orienter vers une structure médico-éducative ». Depuis quelques années ces commissions instruisent de plus en plus de dossiers. Et d'après les enquêtes de la DRESS (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) de plus en plus d'enfants ou de jeunes sont orientés vers les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSD). Cette formule d'orientation vers le SESSD est plus adaptée, elle tient plus compte des besoins de l'enfant et des souhaits des parents. Chaque enfant bénéficie d'un suivi spécifique sous la houlette d'une équipe de professionnels (paramédicaux essentiellement). Il faut toutefois rappeler que l'administration n'a, le plus souvent, plus d'autre choix que d'opter pour cette formule de placement en raison du manque de places dans les structures classiques.

Le développement des SESSD est une preuve que l'administration est capable de trouver des solutions plus adaptées à des situations de handicap. Ces structures même si elles ne représentent que 17 % des décisions de placement en 1997 rejoignent dans leur principe de fonctionnement les dispositifs prévus par l'APF ou l'AFM par exemple. La tendance à vouloir privilégier d'autres modes d'accueil que des établissements « classiques » confirme que l'administration sait reprendre à son compte les évolutions de la prise en charge du handicap.

Et c'est également dans ce type de structure que les ergothérapeutes cherchent à être de plus en plus présents à côté des autres professions paramédicales.

Les enjeux sont tels qu'ils obligent les ergothérapeutes à se positionner dès que nouveaux « territoires thérapeutiques » s'ouvrent mais les ergothérapeutes ne veulent pas contrôler de nouveaux types d'activité mais participer à une réflexion pour mieux se faire connaître. En effet, sur la définition même du handicap les controverses sont nombreuses. Et au-delà de l'évaluation par les organismes statistiques du nombre d'individus handicapés il reste à trouver les réponses les plus adéquates aux problèmes des déficiences et des incapacités. Elles ne se situent pas nécessairement dans des vastes politiques publiques dont la loi de 1975 est une émanation. Les initiatives pour venir en aide aux handicapés ne reviennent pas seulement aux pouvoirs publics mais aussi aux associations, aux acteurs de terrain. Sur des projets ambitieux (sur l'initiative des pouvoirs publics) ou sur des actions ponctuelles (dans le cadre d'un projet associatif) la mise en concurrence de l'ergothérapie avec d'autres professions est presque inévitable mais ô combien structurante pour chacune d'entre elles. L'occasion est de mettre en avant les qualités des unes par rapport aux autres. Chaque projet

amenant à construire des territoires d'intervention nouveaux où des conflits d'intérêt sont largement possibles. La stratégie menée par l'ANFE d'occuper le terrain de la réflexion se complète avec celle de poursuivre des recherches dans différents domaines, la réputation ou la renommée de la profession en dépend. Cette quête de légitimité (ou d'autonomie ?) doit en priorité se diriger vers l'administration car c'est elle qui en dernière instance va donner son accord (ou agrément), pour la mise en place d'une équipe d'intervention à domicile par exemple.

3.2. L'implication de l'administration dans la prise en charge des personnes âgées

Une volonté de l'administration de tout contrôler

S'agissant de l'autonomie des personnes âgées le politique s'est aussi engagé dans une vaste action publique pour maintenir celles-ci dans « la vie sociale de la cité[18] ». Cette circulaire a la même vocation que la loi d'orientation de 1975 sur l'intégration des personnes handicapées, elle se veut initiatrice de nouvelles actions en faveur des personnes âgées. Si nous entrons dans les détails de la circulaire, des mesures sont mentionnées qui vont de l'aménagement complet du domicile de la personne âgée à la dispense de « soins infirmiers ». Cette sollicitation des infirmiers comme corps professionnel impliqué au premier chef dans les dispositifs d'aide à domicile vise à souligner le poids important des actes de soins. Le texte n'omet pas non plus de prendre en compte l'environnement de la personne. En cela il annonce les enjeux futurs portant sur le maintien à domicile d'une partie de plus en plus vieillissante de la population. De ce point de vue, les infirmiers sont largement légitimés dans

---

[18] Nous rapportons ici quelques éléments de la circulaire Franceshi qui date du 7 avril 1982 et qui a fait référence en matière de politique sociale en faveur des personnes âgées. Les grands principes de cette circulaire sont tirés de l'ouvrage de B. Marrot cité plus haut, p. 387.
Cette circulaire prend appui sur la loi de décentralisation pour orienter les différentes actions. Par exemple :
« - Les directions régionales ont vocation à la planification et à la coordination des actions, services, équipements.
- Les directions départementales doivent disposer d'un fonctionnaire délégué ayant pour mission, entre autres d'évaluer les besoins, de faciliter la coordination entre les différents services administratifs concernés, d'intervenir sur le terrain pour informer, proposer et suivre la politique de coordination et de sectorisation.
Par ailleurs la circulaire Franceshi énonce d'autres priorités en faveur des personnes âgées (extraits) :
- Mettre l'habitat ancien, qui est souvent celui des personnes âgées, aux normes qui facilitent le maintien à domicile. Penser l'aménagement urbain en termes d'accessibilité et à partir de l'observation des usagers.
- Développer les formules d'accueil familial.
- Développer les services d'hébergement temporaire susceptibles d'éviter les placements définitifs en établissement.
- Développer l'action des services d'aide ménagère relevant d'institutions et de financement différents (aide sociale, assurance vieillesse, caisses de retraite complémentaire).
- Développer les services de soins infirmiers à domicile, les services de petits travaux, dépannage, restauration à domicile,... »

leur rôle de dispensateurs de soins. Les autres corps professionnels tels que les ergothérapeutes ont-ils pris conscience au moment de la publication de cette circulaire des enjeux qu'elle soulève ? Cette circulaire pose encore une fois la question de la responsabilité du discours officiel dans la construction des représentations. Ce discours trouve ainsi des relais dans les différentes institutions officielles chargées d'appliquer la circulaire. « L'aide à la personne âgée » n'est-elle pas alors conjuguée autant sur le mode des soins à prodiguer que de l'aménagement du domicile ? Autrement dit, les dispositifs qui vont se créer, en s'appuyant sur les différentes modalités du texte, ne vont-ils pas privilégier la participation des infirmiers au détriment des autres professions ? L'auteur du texte a-t-il une perception réductrice du travail des autres professionnels ou laisse-t-il croire que seuls les infirmiers sont susceptibles pour l'instant d'assurer le « service minimum » ? Cette circulaire laisse donc une marge d'interprétation à ceux qui sont chargés de l'appliquer ; selon le rapport de forces sur le terrain telle profession va s'imposer aux dépens d'une autre.

De plus, la participation au dispositif d'aide dépend de la bonne connaissance des compétences de chacune des professions. La lecture de cette circulaire donne l'impression que l'état des besoins de la population âgée est déterminé à l'avance, dans le bureau de son rédacteur. Cette approche du problème étouffe toute nouvelle lecture de la question de l'aide aux personnes âgées. L'autre approche serait de partir des besoins réels de la personne pour ensuite constituer des dispositifs ad hoc capables d'y répondre. Il serait aussi utile dans le même sens de faire un état des lieux des professionnels susceptibles de participer au dispositif. La circulaire Franceshi ne prévoit-elle pas une plus grande coordination entre les institutions, les acteurs de terrain ?

« L'un des aspects majeurs de toute politique efficace dans un domaine régi par de multiples institutions et financements est la coordination, au niveau local, des services. La circulaire Franceshi développe, en la matière, un dispositif complet mais souple quant à ses modalités d'application.[19] »

Cette circulaire a le mérite de proposer un certain nombre de mesures concrètes, toutefois elle a été diversement appliquée surtout lorsqu'il s'agit de distribuer les compétences en matière de financement des différentes politiques entre l'Etat et les collectivités territoriales. Et c'est justement le manque de coordination entre ces différentes institutions qui a rendu le dispositif d'aide moins efficace. Mais l'administration n'a pas pour autant abandonné la partie.

---

[19] B. Marrot, Ibid, p. 388.

Un exemple du caractère contraignant de l'initiative administrative : l'APA et la grille AGGIR

Devant le vieillissement de la population, les pouvoirs publics ont renoué avec les initiatives. Le vaste chantier qu'est la prise en charge de la dépendance[20] a été l'un des grands thèmes de la politique sociale du gouvernement de L. Jospin à partir de 1997. Elle part du constat d'une diminution prévisible des capacités d'aide familiale :

« Bien que l'on observe une diminution de la proportion des personnes âgées vivant avec leurs enfants, la famille est le premier soutien naturel des personnes âgées dépendantes. Dans la majorité des pays, la plus grande partie des soins reste assurée dans le cadre familial (...) Si le rôle de la famille est primordiale dans le soutien des personnes âgées dépendantes, les évolutions démographiques entraînent une diminution mécanique des possibilités de prise en charge des personnes âgées dépendantes.[21] »

Face à ce constat l'administration a récemment apporté (janvier 2002) une réponse en instituant une Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Celle-ci consiste à améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en leur permettant de recourir aux aides dont elles ont besoin pour accomplir les actes de la vie courante. L'APA se substitue à la Prestation spécifique dépendance (PSD) qui a été largement critiquée notamment dans ses modalités d'application par les responsables de l'ANFE. L'allocation est accordée aux personnes qui sont soit hébergées en établissement soit installées à domicile. L'APA est une réponse de l'administration à la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle se donne les moyens d'engager un vaste programme pour répondre aux besoins croissants d'aide en faveur des personnes âgées. Les modalités d'application de cette politique sont particulièrement précises et rigoureuses. L'APA est attribuée en fonction du degré de dépendance des personnes. Ce dernier est mesuré à partir de grilles d'évaluation dont l'une s'intitule AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources).

Le caractère formel de l'outil AGGIR

AGGIR est un outil multi-dimensionnel de mesure de l'autonomie, à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée. Il comprend dix variables discriminantes dont la toilette, l'habillage, l'alimentation, le déplacement, etc. A partir des réponses aux dix variables, un algorithme attribue des points,

[20] Nous employons indifféremment les expressions « dépendance des personnes âgées » ou « perte d'autonomie ». Même si selon le point de vue où l'on se place ces deux expressions recouvrent des aspects différents. Un ergothérapeute dans sa relation thérapeutique avec le patient visera plutôt à « limiter la perte d'autonomie » voire à chercher à faire en sorte qu'il « regagne en autonomie ». L'opposition dépendance/indépendance est moins opératoire dans ce type de relation.

[21] L. Assous, Soins et aides de longue durée aux personnes âgées : une mise en perspective internationale, Revue française des affaires sociales, N°2, 2001, p. 211.

calcule un score, et en fonction de celui-ci, attribue à chaque personne un groupe « iso-ressources » (GIR). Il existe six groupes dits « iso-ressources », c'est-à-dire censés regrouper des personnes qui ont des profils d'incapacités différents.
Ainsi :
- le premier groupe (GIR1) par exemple comprend les personnes confinées au lit et au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- un autre groupe (GIR 6) est composé de personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

Et le montant de l'allocation est fonction de l'appartenance à tel ou tel groupe.
L'équipe médico-sociale chargée de l'appliquer (donc d'évaluer le degré de dépendance) « comprend au moins un médecin et un travailleur social » (DREES, Etudes et résultats, N° 94, 2000).

Consciente des énormes besoins en matière de suivi des personnes âgées auxquels il faudra faire face dans l'avenir les pouvoirs publics adoptent à travers l'APA un dispositif d'encadrement qui se veut des plus complets. Ils s'appuient sur des enquêtes de l'INSEE entre 1998 et 2001 ainsi que sur le recensement de 1999 pour asseoir ce nouveau dispositif. La légitimité de cette politique repose précisément sur ce travail d'enquête d'autant qu'il n'existait pas de source statistique permettant une estimation générale des besoins.

Toutefois les représentants des ergothérapeutes par le biais de son président ont montré des réticences vis à vis de l'outil AGGIR[22]. Celui-ci marque bien le décalage qui existe entre l'intérêt professionnel bien compris des ergothérapeutes et la position dominante de l'administration. La réponse énoncée par l'administration au président de l'ANFE repose en général sur une rhétorique bien établie, celle qui consiste à mettre en avant dans un premier temps la loi pour justifier le caractère incontesté de l'action menée par les pouvoirs publics puis d'envisager des « ouvertures » possibles vers d'autres professions toujours dans le cadre de cette même action mais au cas par cas, selon les besoins. Les responsables de l'ANFE jouent à nouveau le jeu de l'interpellation de l'administration compte tenu de la faible connaissance de la profession par celle-ci. Le mode de régulation bureaucratique telle qu'il

---

[22] C'est une lettre qui émane d'un responsable de la Direction de l'action sociale appartenant au ministère du Travail et des Affaires sociales en réponse une lettre adressée par le président de l'ANFE (L. Berges):

« Vous avez bien voulu attirer mon attention sur le problème de la qualification des intervenants auprès de la personne âgée pour l'utilisation de l'outil AGGIR.

La qualité des informations recueillies dépend en premier lieu de la compétence des intervenants professionnels. La loi n°97-60 du 24 janvier 1997, instituant la prestation spécifique dépendance, précise que l'équipe médico-sociale « comprend au moins un médecin et un travailleur social », ce qui n'exclut nullement la participation d'un intervenant paramédical, ni à domicile, ni en établissement. (...)

Pour les éléments concernant l'habitat, il paraît en effet utile de bénéficier de l'avis d'un ergothérapeute comme cela a été le cas dans les départements ayant participé à la prestation expérimentale dépendance.»

Lettre citée par le Bulletin de Liaison de l'ANFE, N°2, 1997.

A l'époque il n'était pas encore question de l'APA mais de la PSD mais l'outil AGGIR était déjà en place. L. Berges s'est inquiété de l'absence d'ergothérapeute dans certaines équipes d'évaluation dans les différentes équipes départementales.

apparaît ici est imparable car presque sans faille. Le représentant de l'administration oppose à l'interrogation des agents (ici le président de l'ANFE) le texte de loi avec des tournures de phrase sans détours (« La loi précise que… »). Ensuite il ne s'aventure pas dans les détails de la composition de l'équipe médico-social chargé d'utiliser la grille AGGIR, elle « comprend au moins un médecin et un travailleur social », à charge pour les autres professions paramédicales de s'intégrer dans les différentes équipes. L'administration fait ainsi à la fois preuve de dirigisme et de souplesse elle laisse une part de liberté dans la composition de l'équipe médico-sociale autour d'un noyau dur que sont le médecin et le travailleur social.

En réalité, elle déplace les enjeux au niveau local, à chaque responsable d'équipe d'estimer la participation d'autres professions paramédicales telles que les ergothérapeutes dans les groupes d'évaluation de la dépendance. Mais ce que craignent avant tout les ergothérapeutes c'est qu'on ne fasse pas suffisamment appel à eux dans un domaine qui relève de leur spécialité, l'autonomie. L. Berges, président de l'ANFE, en interpellant le ministère, sur cette question-là et sur d'autres, ne se fait-il pas le relais d'une crainte, d'ailleurs exprimée à travers les réponses à notre questionnaire notamment, celle d'être une profession oubliée (et non pas écartée) parce qu'elle n'est pas suffisamment connue ? Une manière de reconnaître la profession d'ergothérapeute n'aurait-elle pas été de spécifier dans le texte de loi portant sur la composition de l'équipe médico-sociale (chargée d'appliquer la grille AGGIR) l'ergothérapeute justement ? Le texte se composerait ainsi : « l'équipe médico-sociale comprend au moins un médecin, un travailleur social et un ergothérapeute. »

La réalité est différente et le dispositif légal mis en place par l'administration laisse la liberté aux professions qui oeuvrent sur le terrain de se porter candidates pour entrer dans ces équipes. Finalement, nous ne sommes peut-être qu'au début d'une vaste lutte d'influence entre groupes professionnels pour l'obtention d'une position favorable dans la course pour la maîtrise de certains domaines thérapeutiques comme « la dépendance des personnes âgées ».

L'univers administratif du secteur social serait donc ce vaste champ qui détermine des relations objectives entre professions. Il a comme conséquence implicite de structurer les représentations et de distribuer des positions dans l'espace professionnel. En accordant aux médecins et aux travailleurs sociaux le soin d'utiliser en priorité la grille AGGIR, l'administration leur attribue une légitimité, un capital symbolique (un savoir-faire, une compétence) qui « met à distance » les professions apparemment moins bien dotées dans ce même type de capital.

Pris dans ce champ, dans ce rapport aux autres professions, l'ergothérapeute prend position et invoque sa spécificité dans le maintien à domicile des personnes âgées:

« Evoquer le maintien à domicile des personnes âgées revient à envisager un problème à plusieurs facettes. (...) On ne devient pas vieux brutalement. (...) En ce qui concerne les personnes âgées, le problème devient crucial lorsqu'elles s'avèrent incapables d'effectuer par elles-mêmes des gestes qu'elles faisaient sans difficultés précédemment. (...) En effet en passant en revue les actes de la vie de tous les jours, les ergothérapeutes mettent en évidence la valeur attribuée par la personne à la réalisation de ses gestes. Certains peuvent paraître anodins alors qu'ils sont tellement investis que leur disparition signe une véritable déchéance. De même, certaines situations ne peuvent s'expliquer que, si on prend la peine de discerner la dynamique familiale. Les ergothérapeutes appliquent donc un mode de fonctionnement qui tient compte à la fois des performances des individus, des rôles et valeurs qui sont les leurs mais aussi des contraintes physiques, psychologiques et sociales de leur environnement.[23] *»*

Ce point de vue est celui d'un ergothérapeute qui considère que l'évaluation de la dépendance ne se mesure pas à l'aide d'une grille. Il souligne que l'ergothérapeute est le professionnel capable de faire un travail d'analyse des besoins de la personne. Il préconise presque une approche ethnographique en tenant compte de l'environnement de la personne. L'intervention à domicile ne peut pas se limiter à une simple visite, elle suppose observation, échange avec le patient et sa famille. Toute une démarche qui doit ensuite se traduire par une véritable coopération entre différents intervenants. Les initiatives menées par l'AFM, l'APF ou les équipes d'hospitalisation à domicile vont dans ce sens.

L'administration, avec la grille AGGIR, imprime sa logique de la mesure de la dépendance à certains acteurs, elle n'est pas forcément celle adoptée par d'autres acteurs de la réadaptation :

« L'objectivation qu'opère la codification introduit la possibilité d'un contrôle logique de la cohérence, d'une formalisation. Elle rend possible l'instauration d'une normativité explicite, celle de la grammaire et du droit. (...) La codification a partie liée avec la discipline et avec la normalisation des pratiques.[24] *»*

Le système administratif laisse peu de place au hasard, à l'improvisation, à l'imagination. Dans ces conditions, le conflit est-il inéluctable ? Dans cet univers il existe une forme d'acceptation de la règle sans pour autant qu'il y ait soumission. Dans sa recherche d'une meilleure couverture de la dépendance, l'administration opère des choix qui

---

[23] P. Meeus, Les ergothérapeutes, participants méconnus au maintien à domicile des personnes âgées, Actes du colloque Ergo 2000, ANFE, 2001, p. 19.
[24] P. Bourdieu, Choses dites, Minuit, Paris, 1986, p.98.

n'avantagent pas ceux-là mêmes qui se disent les spécialistes de la question, les ergothérapeutes. Et les prises de position des ergothérapeutes rendent bien compte de cet état de fait.

4. EXERCICE LIBERAL ET RELATION A L'ADMINISTRATION

Nous pouvons toutefois nous interroger sur la capacité de réactivité des ergothérapeutes face à une administration omniprésente. Certains ergothérapeutes ont choisi l'exercice de l'ergothérapie en libéral malgré l'absence de nomenclature, pour travailler hors institution, au domicile du patient. L'installation en libéral est un exercice risqué financièrement puisque les actes ergothérapiques ne bénéficient pas de remboursement (au sens strict).

4.1. Les difficultés de se faire rembourser les actes en tant qu'ergothérapeute libéral

Les ergothérapeutes en libéral sont bien confrontés à un « mur administratif » surtout quant à la recherche de remboursement des actes pour le patient qui devient en même temps un client. Malgré cela, la pratique de l'acte hors de l'institution hospitalière donne une autre dimension à cette profession. Régulièrement des ergothérapeutes libéraux[25] s'expriment dans les publications à caractère scientifique pour relater leur expérience.

> **La prise en charge de l'acte ergothérapique**
> La prise en charge de l'acte ergothérapique fait l'objet de différents cas de figure :
> - Le client paye lui-même la totalité de l'intervention, que celui-ci soit un particulier ou une collectivité.
> - Le client est pris en charge en totalité et sous forme de prestations légales par les Caisses primaires d'assurance maladie. Ceci suppose que la prescription médicale fasse mention d'actes autorisés par d'autres professionnels.
> - Le client bénéficie d'une prise en charge en tout ou partie dans le cadre des prestations extra-légales, sur les fonds d'action sanitaire et sociale. Cette prise en charge se fait sur dossier, complété par une enquête sociale. Ce type de procédure prend du temps et reste aléatoire.
> - Le financement est assuré par des tiers (Conseil général, Conseil régional, DDASS, DRASS, Mutuelles,...).
> (P. Besson, Ergothérapie et médecine libérale : comment travailler ensemble ?, Expériences en ergothérapie, Masson, N°4,1991, p. 4.)

[25] Rappelons que les ergothérapeutes libéraux en France sont très peu nombreux, environ une soixantaine.

Le fait que le remboursement d'un acte ergothérapique ne soit pas automatique ou systématique en raison de l'absence de nomenclature rend les revenus de l'ergothérapeute incertains. De plus, comme l'exercice de l'ergothérapie se fait le plus souvent sur prescription médicale, il est nécessaire pour un ergothérapeute qui s'installe en libéral de s'assurer d'être connu par les médecins. Une fois l'acte d'ergothérapie prescrit, le patient n'est pas sûr de se faire rembourser mais il peut tabler sur des nombreuses possibilités pour obtenir une aide financière. Mais certains organismes (CRAM ou mutuelles par exemple) se montrent parfois réticentes à rembourser :

« Lorsque la demande part vers une caisse ou une mutuelle à laquelle je n'ai pas encore eu à faire, je joins les plaquettes sur l'ergothérapie et spécifie sur mon courrier que je me tiens à disposition pour tout renseignement complémentaire sur mon métier.[26] »

Souvent les prises en charge de patient par un ergothérapeute libéral se réalisent avant que les organismes de paiement aient donné leur accord de remboursement. Donc l'ergothérapeute libéral vit toujours dans l'incertitude de ne pas voir ses actes remboursés en tant que prestataires de soins. L'ergothérapeute libéral est un libéral « à part entière » puisque cette situation exige justement de sa part de s'engager pleinement dans une entreprise avec les risques que cela implique :

« L'engagement dans ce type d'expérience requiert une étude de marché préalable sérieuse, la nécessité de prospecter sur le terrain auprès des médecins, des organismes payeurs, des services médicaux, sociaux, locaux... et surtout de posséder une solide expérience professionnelle.[27] »

Dans ces conditions l'ergothérapeute subit les contraintes administratives de plein fouet. L'intérêt qui le pousse à agir n'est pas purement matériel, il cherche aussi à obtenir de la reconnaissance autant auprès des patients qu'auprès des instances administratives. Le profit symbolique n'est-il pas tout autant recherché que le profit matériel ?

4.2. Une charte déontologique comme exemple de réponse à donner à l'administration

Dans le champ administratif où les dominants sont clairement identifiés les ergothérapeutes libéraux apparaissent comme des agents qui doivent user de maintes

[26] C. Couasné, Aspects financiers de mon exercice en libéral, Expériences en ergothérapie, Sauramps Médical, N° 6, 2000, p. 46.
[27] P. Besson, opus cit., p. 4.

stratégies pour « se faire une place ». La maîtrise de la pratique professionnelle (au sens strict) ne suffit plus dans ce cas car d'autres contraintes émergent qui bousculent les schémas « classiques » de perception de la profession. La logique du champ s'impose à l'ergothérapeute, les prises de position et les recommandations de l'ergothérapeute en libéral découlent du poids des contraintes et des règles du jeu administratives. Dans ce rapport à l'administration et aux règles qu'elle dicte, certains ergothérapeutes libéraux ont réagi par la mise en place de leurs propres règles :

« Il nous paraît souhaitable que les ergothérapeutes libéraux, actuellement « électrons libres » s'engagent à respecter un code de déontologie afin d'offrir une garantie aux patients et afin d'assurer la promotion de la profession dont l'image reste fragile.

Cette charte est actuellement un engagement moral, « label de qualité » envers nos patients et les multiples partenaires professionnels dont les médecins prescripteurs.[28] »

Même si cette charte n'a pas de valeur juridique en soi elle ressemble à l'affirmation d'une profession dans un contexte thérapeutique différent, celui de l'exercice libéral. C'est une manière de se positionner dans un rapport qui reste toutefois toujours à l'avantage de l'administration. Ici encore les prises de position reflètent bien les positions des ergothérapeutes libéraux dans le champ administratif. Dans ce contexte chaque occasion est utilisée comme faire-valoir de la profession :

« L'ergothérapie, en libéral, est cependant reconnue comme l'un des maillons des réseaux et filières de soins, contribuant notamment par ses compétences, à la réadaptation des patients dans leurs activités habituelles et à leur réinsertion dans leurs rôles familiaux, sociaux et productifs.[29] »

Aux réticences de l'administration à accorder une nomenclature aux ergothérapeutes ne faut-t-il pas opposer la détermination d'une profession à s'impliquer dans la confrontation d'idées ? Toutefois l'administration se montre parfois à l'écoute des sollicitations des ergothérapeutes et prend des décisions qui vont dans leur sens. Ainsi, pour minimiser ou déplacer le rapport de forces l'administration apporte une réponse partielle mais intéressante aux difficultés d'une profession à se faire connaître. En inscrivant les ergothérapeutes au Code de la Santé publique, l'administration s'est engagée à enregistrer tous les ergothérapeutes en exercice non seulement pour les protéger contre toute forme d'exercice illégal (personnes non diplômées, diplôme étranger) mais aussi pour connaître la démographie

[28] B. Carlino, O. Séraphin et l'ANFE, Charte française des ergothérapeutes libéraux, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°1, 2000, p.11.
[29] O. Séraphin, Précisions sur l'exercice de l'ergothérapie en libéral, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1997, p. 73.

de la profession. En outre un système d'exploitation informatique nommé ADELI consigne les inscriptions et permet de déterminer une carte géographique de la répartition des professionnels. En somme, le système ADELI est une première réponse bureaucratique à la demande des ergothérapeutes pour mieux faire connaître la profession. Si ce système permet une meilleure « visibilité » des effectifs sur le terrain il ne règle pas globalement les problèmes liés au faible nombre d'ergothérapeutes qui sortent chaque année des écoles, selon l'opinion des responsables de l'ANFE.

La multiplication d'outils de politique publique (APA, AGGIR, ADELI, etc.) donne l'impression que seuls les pouvoirs publics détiennent l'initiative dans la prise en charge du patient et dans le contrôle d'une profession. Or il ne faut pas ignorer le poids du secteur associatif qui a souvent « donné le ton » en matière d'aide sociale. Quelle est le place alors d'une profession telle que l'ergothérapie dans la profusion des initiatives et des mesures réglementaires issues de l'administration et du secteur associatif ? Un détour par l'institution hospitalière nous donnera quelques éléments de réponse supplémentaires.

5. STATUT DES SOIGNANTS ET ADMINISTRATION HOSPITALIERE

L'administration hospitalière[30] est une organisation bureaucratique qui prend de plus en plus modèle sur les entreprises privées. Sa gestion s'inspire des principes de la « sphère privée ». La création d'un système de santé généralisé à l'ensemble de la population se situe dans la continuité de ce phénomène.

5.1. L'administration hospitalière s'engage dans des réformes sur le modèle des entreprises privées

Le changement ne réside-t-il pas dans le fait que l'hôpital adopte des principes qui appartiennent au capitalisme moderne ? Non seulement l'instrument de la rationalité est au service de la bureaucratie hospitalière mais en plus cette dernière l'utilise dans le but de rendre la prise en charge du patient plus efficace. L'organisation du travail, la gestion du personnel au sein de l'hôpital ne s'inspirent-elles pas du modèle développé par les entreprises

[30] Nous parlons ici d'administration hospitalière, cette expression recouvre les hôpitaux publics et privés dans leur ensemble sans distinction.

privées ? Pourtant, en tant qu'administration, les contraintes qui pèsent sur l'hôpital ne sont pas les mêmes que celles qui prévalent dans les entreprises privées. Ignorant la concurrence[31], l'hôpital est moins pressé à s'engager dans des restructurations de son organisation au nom de la recherche du profit et d'une certaine forme d'efficacité d'autant qu'il est animé par le souci d'assurer avant tout un service public. Toutefois la tendance à la réforme de l'institution hospitalière est entamée depuis plusieurs années dans beaucoup de domaines notamment dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences :

« Les démarches de gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences ont été initiées dès le début des années 1980 par les entreprises industrielles qui, soit avaient plutôt mal géré des restructurations importantes, soit ont eu l'intuition que des mutations structurelles lourdes – d'origine économique et technologique – devraient être assumées dans les décennies à venir.

Le secteur tertiaire – en particulier banques et assurances – a commencé à rejoindre ce mouvement de réflexions et d'actions vers les années 1985.

Les « trois fonctions publiques » ainsi que de nombreuses entreprises publiques se sont également engagées dans des travaux d'analyse et d'anticipation du contenu des emplois et de gestion des compétences, soit à la suite de réflexions autour de la modernisation de la Fonction publique, soit à partir d'initiatives de responsables de terrain.[32] »

Que la bureaucratie (hospitalière ou autre) soit dénoncée pour ses « lourdeurs », ses rigidités n'est pas un phénomène récent, sauf que « les évolutions technologiques et les contraintes économiques » des dernières années ont certainement contribué à faire mûrir l'idée de changement dans le discours des responsables[33]. Tandis que les entreprises du secteur privé se sont largement engagées dans des modifications d'organisation, la fonction publique semble toujours rester à la traîne. D'ailleurs les partisans des réformes de l'administration sont parfois les premiers à douter de l'efficacité mêmes de celles-ci :

« L'administration présente cette particularité que, chargée de la gestion du corps social, elle est, par définition, toujours en retard sur la société qu'elle gère. A peine une réforme est-elle conçue pour adapter l'évolution de l'administration à l'évolution de la

---

[31] Une certaine forme de concurrence existe toutefois entre hôpitaux publics et cliniques privées.

[32] D. Thierry, La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences à l'hôpital, Revue française des affaires sociales, N°4, 1991, p.13.

[33] On imagine bien le sens que prennent tous ces discours et déclarations de responsables administratifs, d'hommes politiques qui trouvent dans les rapports d'experts matière à remettre en cause la « machine administrative ». La légitimité de la réforme de l'administration n'est que le pendant de ce qui se passe ailleurs, dans la « sphère privée ». La rationalité au service de la bureaucratie doit s'engager plus en avant au nom du changement. « Les contraintes sont telles » disent les hommes politiques que la réforme est « inéluctable ». Mais quelle réforme ? Pour quelle efficacité ?

société – et la conception en demande nécessairement du temps...- qu'elle est déjà dépassée par les transformations de la société dont elle prétendait assurer la réforme ou celles des problèmes auxquels elle prétendait apporter une solution.[34] »

Effectivement, entre la prise de décision de démarrer une réforme et sa véritable application il peut se dérouler des années. Une fois les programmes lancés et malgré leur caractère contraignant les acteurs (de la direction d'un hôpital au personnel soignant) sont invités à y participer sans en connaître tous les enjeux. Le PMSI en est un bon exemple, il a été lancé dans le but de rationaliser l'offre de soins. Sur tout le territoire, les mêmes outils pour procéder à la meilleure connaissance de cette offre sont proposés. Sous couvert d'une codification des actes, nous pouvons imaginer que les concepteurs de cet instrument auront entre leurs mains une « photographie » exacte des services de soins prodigués sur tout le territoire.

5.2. La gestion prévisionnelle a des conséquences sur la redistribution des compétences

Mais concernant la mise en place d'une politique de gestion prévisionnelle du personnel dans un hôpital, la démarche est tout autre. Dans la mesure où chaque institution hospitalière est différente, le lancement d'un tel projet doit obtenir l'adhésion de l'ensemble du personnel pour être viable. Autant le PMSI apparaît comme un projet dont le caractère centralisateur et contraignant ne fait pas de doute, autant cette politique appelle une participation de tous les acteurs de l'hôpital autour d'un projet concret :

« La gestion prévisionnelle repose aussi sur une implication individuelle des agents dans le processus de changement ; c'est en ce sens qu'elle a une dimension individuelle.

L'émergence du « projet professionnel individuel » doit être facilitée et encouragée par l'institution, à l'aide de la gestion prévisionnelle. Les messages politiques et économiques et leur traduction en évolution des métiers doivent être renforcés et développés au sein des hôpitaux, afin de déclencher des réflexions et de nouvelles orientations personnelles.[35] »

Pas de gestion prévisionnelle donc, sans l'engagement, sans l'implication du personnel. Une démarche de gestion prévisionnelle s'inscrit dans une volonté d'adapter le personnel à l'évolution des besoins. A l'identique des entreprises privées, l'hôpital se doit de valoriser ce que l'on appelle plus communément le capital humain. Mais pour un

---

[34] G. Timsit, L'échec, mode d'emploi, Revue française d'administration publique, N° 87, 1998,p. 367.
[35] D. Thierry, opus cit. , p. 17 et 18.

ergothérapeute cela se traduit par quel type d'évolution de compétences, de carrière ? La gestion décentralisée des compétences par établissement remettra-t-elle en cause les qualifications acquises au cours des études et entérinées par un diplôme national ? En fonction des priorités organisationnelles des établissements, un ergothérapeute ainsi que tout autre soignant sera-t-il invité à « évoluer » vers d'autres domaines d'intervention en matière de soins ? En somme, cette politique de gestion des ressources humaines finira-t-elle par remettre en cause les statuts professionnels ?

L'hôpital dans le cadre de cette démarche se dirige vers une individualisation du rapport salarial qui suscite plus de questions qu'elle ne donne de réponses. Dans une logique de projet d'établissement les garanties statutaires, les acquis en termes de qualification et de compétences ont tendance à voler en éclats. La prime est donnée aux objectifs visés par l'établissement, les moyens en hommes et en matériels s'adapteront... :

« Le recrutement systématique sur concours n'est pas forcément la meilleure manière d'aboutir à une bonne adéquation candidat-poste. En effet, les épreuves prévues par les textes réglementaires ont un caractère trop général pour véritablement sélectionner les candidats en fonction des postes de travail à pourvoir et c'est, en fait, par la suite, en cours de carrière, qu'une bonne orientation et une formation permettent de tirer partie des aptitudes de chacun.[36] »

Le modèle de recrutement tel qu'il est fixé par l'administration centrale correspond-t-il encore aux objectifs que s 'assigne l'hôpital ? Il existerait un décalage entre la réalité des postes de travail et le niveau de qualification des personnes recrutées. Ce constat est souvent émis par les responsables du recrutement dans les entreprises privées, moins par des dirigeants d'administration. Le recrutement des professions paramédicales dans les hôpitaux passe par l'obtention du diplôme d'Etat. Ce dernier fait figure en quelque sorte de concours de recrutement. Une fois embauché dans la fonction publique hospitalière, le salarié connaît un déroulement de carrière qui s'accomplit selon un modèle pré-établi basé sur l'ancienneté et la notation. L'administration gère des grades, des postes, des effectifs et non des personnes. Mais le salarié est d'une certaine manière rassuré par cette façon de fonctionner :

[36] C. Queyroux, Statut et mobilisation des hommes dans la fonction publique hospitalière, Revue française des affaires sociales, N°4,1991, p.43.
C. Queyroux est directeur d'hôpital.

« Ce système a le mérite de la visibilité des liens entre formation, ancienneté, emploi, rémunération : chacun peut se situer, moduler ses attentes, imaginer un déroulement de carrière et s'y préparer.[37] »

Ce système, s'il présente des avantages, ne correspond plus à l'idée que certains responsables entretiennent sur l'hôpital. Celui-ci doit s'ouvrir sur une réalité sociale et médicale de plus en plus complexe qui implique des réponses plus adaptées. Le secteur associatif a de ce point de vue devancé l'hôpital en matière de traitement du handicap par exemple. La prise en charge des patients passe aussi par une forme d'externalisation des activités :

« Le recentrage de l'hôpital sur sa fonction médicale et technique, le raccourcissement de la durée de séjour, le développement de la prise en charge sans hébergement des malades, conduisent aussi à des transferts de compétences entre professionnels hospitaliers et professionnels du secteur ambulatoire.[38] »

La réorganisation de la structure hospitalière modifie la politique de recrutement. Celle-ci s'oriente vers le marché interne et externe du travail pour faire face à de nouveaux besoins. Le marché externe (sorties de l'appareil de formation ou du marché de l'emploi) fourni traditionnellement des personnes qualifiées pour occuper les postes au sein de l'hôpital. Concernant le personnel paramédical l'adéquation entre le titre et le poste est assurée par la formation en école. Mais avec la réorganisation de l'hôpital les modalités de recrutement ne vont-elles pas changer ? Le marché interne est ainsi sollicité pour répondre aux nouveaux besoins. En somme, il est recommandé de stimuler la mobilité professionnelle interne à l'hôpital pour encourager le passage d'une fonction à une autre. Cela suppose de la part de la personne qui accepte cette mobilité un changement culturel. A la manière dont un ergothérapeute peut devenir un technicien d'insertion au sein d'une structure associative type AFM, il sera possible pour lui d'envisager une autre trajectoire au sein de l'hôpital avec tout ce que cela implique comme changements de carrière, de rémunération, d'équipe de travail, etc. Dans cette optique, un changement de qualification implique-t-il un changement de statut ? Comment l'institution hospitalière garantit-elle une adéquation entre le titre et le poste, entre le grade et l'emploi ? Les principes d'avancement sur lesquels repose la carrière des salariés de l'hôpital ne sont-ils pas remis en cause ? Au nom de l'efficacité, d'une gestion plus rigoureuse, la flexibilité est-elle mise à l'ordre du jour ?:

---

[37] F. Acker, G. Denis , De l'administration du personnel à une gestion économique de l'emploi à l'hôpital, Revue française des affaires sociales, N°4, 1991,p.27.
[38] F. Acker, G. Denis, Ibid, p. 32 et 33.

« Au total, l'hôpital public a recours à toutes les mesures de « flexibilité » concourant à l'aménagement du travail et de l'emploi. Il peut s'agir d'opérations à visée quantitative (diminution des effectifs, arrêt de l'embauche, sous-traitance, variation de la durée du travail...) et/ou d'actions qualitatives (redéploiement et rééquilibrage des qualifications, mobilité interne, formation, octroi de primes individuelles).[39]*»*

Le passage d'une conception pyramidale et rigide à une conception plus souple et flexible de la structure de l'emploi implique une révolution dans les mentalités. Le corps professionnel risque-t-il de disparaître au profit de « l'esprit d'équipe » autour « d'un projet d'établissement » ?

L'hôpital et la démarche qualité

L'hôpital est entré dans un processus de changement profond. Si des initiatives telles que le PMSI et l'accréditation ont « indiqué le chemin à suivre », il ne faut pas omettre la part prise par les hôpitaux eux-mêmes dans le changement. Les exigences du patient ne sont pas étrangères à cette volonté de repenser les services de soins. Le souci de « mieux servir le client » est une tendance largement dominante chez les entreprises soumises à la concurrence. En quoi consiste cette préoccupation ? L'entreprise cherche à maintenir ou à gagner des parts de marché sur ses concurrents sur un paramètre autre que le prix de son produit. Elle opte pour une stratégie de différenciation qui consiste à mettre en avant la qualité du produit, son conditionnement, les services accompagnant et suivant la vente, les délais de livraison, etc. Pour mener ce type de stratégies l'entreprise doit déployer des compétences particulières en termes de créativité, d'adaptabilité, de maîtrise technologique et de sens commercial. L'hôpital n'est-il pas entré dans une orientation du même type ? Bien évidemment le terme de « stratégie » n'est pas repris, mais les objectifs de l'hôpital rejoignent pour bon nombre ceux de l'entreprise. La qualité du service rendu au patient est un objectif primordial. Le PMSI, l'accréditation se situent donc dans cette démarche qualité. Dans la revue Gestions Hospitalières (Février 2001) à la rubrique Vie Hospitalière le lecteur apprend que tel CHU « a satisfait à la procédure d'accréditation », que tel autre centre hospitalier « s'est engagé à respecter une Charte qualité », etc. Les établissements cherchent de plus en plus à obtenir un label « qualité » moins pour se différencier des autres centres hospitaliers que pour mieux rassurer le « client. » La procédure pour obtenir ce label est identique à celle qui prévaut dans les entreprises privées pour l'attribution de la certification ISO 9001 ou ISO 9002 : un collège d'experts-visiteurs vient vérifier « la pertinence des initiatives et l'efficacité des politiques et procédures menées par les différents établissements dans le domaine de la qualité » (selon la formule consacrée). Au travers de ces initiatives une véritable « culture d'établissement » autour d'un ou des projets s'instaure. Les hôpitaux jouent le jeu sans mesurer toujours toutes les conséquences sur l'organisation du travail et la structure de l'emploi.

De nouvelles règles du jeu s'imposeraient-elles à l'hôpital? Le schéma d'organisation qui prévaut à l'hôpital est d'abord calqué sur un cloisonnement des services et donc des

[39] F. Acker, G. Denis, Ibid, p.38.

compétences : la formation initiale assigne au soignant sa place dans l'organisation. D'ailleurs l'obtention du diplôme d'Etat confère à son détenteur un poste et des responsabilités précises. Tout cela concourt à structurer les perceptions, à entretenir des prédispositions pour maintenir en l'état le fonctionnement de l'organisation. Mais l'organisation bureaucratique est en train d'évoluer sur la base de nouveaux modèles de gestion. C'est donc à l'échelle de l'établissement hospitalier que les conséquences de ces changements vont se manifester.

5.3. Les ergothérapeutes face au dispositif de gestion prévisionnelle

Partant de l'idée que toute position professionnelle est vulnérable, il existe des professions plus fragiles que d'autres malgré un processus de légitimation. Le cas de la profession d'ergothérapeute illustre cet état de fait. Si la réglementation a donné des assurances aux ergothérapeutes dans l'exercice de leur profession, elle ne garantit pas complètement un cadre strict de compétences. De plus, les multiples possibilités d'intervention des ergothérapeutes ne contribuent pas à maintenir l'ergothérapie sur des positions claires. Les nouveaux modèles de gestion du personnel ne vont-ils pas obliger les ergothérapeutes à se déterminer par rapport à tel ou tel type de domaine d'intervention ? Est-ce donc la politique de l'hôpital qui détermine les besoins en hommes donc en personnel qualifié qu'il est nécessaire de mobiliser ? Un nouveau marché de l'emploi (administratif) se construit autant sur la base des exigences des soignants et des patients que sur celles de l'administration elle-même.

Le développement d'une politique de marché de l'emploi interne

Le développement du marché de l'emploi interne consiste pour un établissement à s'engager dans un redéploiement des effectifs et des compétences en fonction des priorités qu'il s'est fixé. Une première démarche consiste à faire un descriptif précis des métiers de l'hôpital. Ensuite il s'agit d'évaluer les besoins en « nouveaux emplois ». La troisième étape conduit à miser sur la formation continue pour adapter l'offre et la demande d'emplois. Il faut rappeler que l'hôpital en raison des contraintes budgétaires ne recrute plus massivement, il se tourne donc logiquement vers le marché interne qui renferme des possibilités importantes de redéploiement des effectifs.

Evoquons l'hypothèse d'un établissement hospitalier qui décide de privilégier la rééducation-réadaptation. La demande en personnel soignant en rééducation va grandir, l'établissement a alors le choix de recruter sur le marché externe ou sur le marché interne. En fait, l'établissement profite de ce projet pour encourager une partie de son personnel à la mobilité professionnelle en l'invitant à suivre une formation pour satisfaire à la demande d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes, par exemple. Mais de quel type de formation s'agira-t-il ? Sera-t-elle en adéquation avec les compétences qu'exigent les nouveaux postes ? Qui sera chargé de valider cette formation ? Ne va-t-on pas assister à la naissance de

nouvelles professions calquées uniquement sur les besoins de l'établissement et non sur des critères plus généraux ? Un infirmier qui est intéressé par une formation en ergothérapie aura-t-il le même niveau de compétence qu'un ergothérapeute fraîchement diplômé à l'issue de trois années d'école ? Ici se trouvent peut-être réunis les limites d'une politique de marché de l'emploi interne parce qu'elle favorise une variété de possibilités d'accès à des postes au risque de les « déqualifier ».
Ainsi, comme pour les entreprises du secteur privé, les établissements hospitaliers réfléchissent à une nouvelle gestion de l'emploi en lien avec l'évolution des technologies, des nouvelles pathologies et des priorités budgétaires. Aussi c'est tout l'édifice des garanties statutaires des professions « établies » qui semble se fragiliser avec cette politique de marché de l'emploi interne.

Dans la structure hiérarchique d'un service hospitalier la position du cadre paramédical (anciennement surveillant général) apparaît comme essentielle. Il peut en association avec le chef de service décider de la création de certains postes. Les professions paramédicales (hors infirmiers) militent pour encourager la nomination de collègues à des postes de responsables au sein des services. Traditionnellement ce sont les infirmiers qui occupent ces postes, mais devant les enjeux qui convergent autour de cette fonction les revendications s'expriment. Localement les rapports d'opposition naissent à cause du manque « d'ouverture » de la part des responsables administratifs d'un établissement hospitalier à accorder des postes à responsabilité à des professions hors infirmiers. La principale revendication avancée par les autres professions est de dire que les infirmiers n'ont pas forcément la capacité de diriger des professions qui ne relèvent pas de leur spécialité. L'UIPARM reprend ces revendications au niveau local et les transmet par voie épistolaire au ministère[40]. La pression exercée par l'UIPARM sur les instances administratives centrales se traduira-t-elle par des décisions concrètes sur le terrain ? En tout cas, les changements d'orientation structurelle qu'opèrent bon nombre d'établissements hospitaliers au nom de la

[40] Nous rapportons des extraits d'une lettre adressée par les responsables de l'ANFE et de l'UIPARM au ministre de la Santé à propos des responsables de plateau technique* :
« (...) L'équité nécessaire au bon fonctionnement de nos structures hospitalières ou de gros centres de rééducation, le décloisonnement prôné par la réforme hospitalière, l'absence actuelle de débouchés de carrière pour notre profession, nous amènent à proposer et soutenir avec fermeté l'idée de la mise en place d'un grade et d'une fonction de Coordonateur ou Directeur de plateau technique de même nature et niveau que celui de l'Infirmier général. (...)
L'évolution de nos structures de soins, la place et l'importance des plateaux techniques confirment s'il le fallait cette nécessité. Par ailleurs, notre profession et l'ensemble des rééducateurs et médico-techniques vivent aujourd'hui de plus en plus mal l'hégémonie des Infirmières générales.
Enfin, il nous semble qu'une concertation sur l'avenir des hôpitaux ne peut plus se faire en excluant la part active des rééducateurs et médico-techniques pour continuer à apporter une qualité de soins et que le monde infirmier ne peut plus parler et agir en notre nom.»
Lettre citée par le Bulletin de Liaison, N°2, 1994.
*Le plateau technique est un service hospitalier qui regroupe différentes professions ayant un caractère médico-technique comme les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes...

qualité et de l'efficacité laissent augurer des modifications dans la structure hiérarchique et décisionnelle.

6. LES ERGOTHERAPEUTES, AGENTS DE LEUR PROPRE PROMOTION ?

Lorsqu'un ergothérapeute est embauché dans un établissement hospitalier où l'ergothérapie n'est pas en soi une spécialité reconnue, il dépend parfois beaucoup de l'ergothérapeute lui-même de « faire bouger les choses ». Un ergothérapeute, par sa détermination, a la capacité de convaincre médecins et responsables administratifs du bien-fondé de l'ergothérapie comme discipline de rééducation. Donc, la promotion d'une profession passe parfois par la volonté de quelques-uns d' « occuper le terrain ».

6.1. Les ergothérapeutes subissent-ils les directives imposées par l'administration ?

Il est clair que les médecins détiennent une position privilégiée dans le domaine technique, ce sont eux en tant que chefs de service par exemple qui impriment « l'orientation médicale » d'un établissement de soins, tandis que la direction administrative est engagée dans une logique comptable qui freine souvent les initiatives des chefs de service. Quel poids institutionnel ont alors les professions paramédicales, et plus précisément les ergothérapeutes dans un contexte où les réticences émanent autant de la direction médicale que de la direction administrative ? Dans un service de rééducation dirigé par un cadre infirmier toute initiative tendant à promouvoir une catégorie d'agents ne risque-t-elle pas de se confronter à une opposition de principe ? Le champ administratif ne fige-t-il pas les positions dans un rapport de luttes stériles ? Que ce soit l'administration hospitalière ou l'administration (en général) les obstacles à la promotion d'une profession ne sont-ils pas du même ordre ? L'une et l'autre participent à la reproduction des rapports de domination et de lutte entre les dominants (agents qui détiennent la légitimité) et les dominés (agents qui visent à gagner une légitimité).

Le développement d'un service d'ergothérapie dans un centre de réadaptation fonctionnelle

Nous rapportons des extraits d'un entretien que nous avons eu avec une ergothérapeute en retraite et qui raconte la manière dont l'ergothérapie a été progressivement reconnue comme discipline à part entière dans un établissement hospitalier dont la vocation est la rééducation:

« Au début l'ergothérapie était considérée comme une discipline qui devait « occuper » les patients après une opération chirurgicale. Progressivement avec ma collègue - l'établissement ne comptait que deux ergothérapeutes – et en accord avec les kinésithérapeutes nous proposons de réorganiser le service avec de nouveaux aménagements pour prendre en charge diverses pathologies. En ayant obtenu l'aval de la direction de l'hôpital le service de rééducation est réaménagé et accueille de plus en plus de patients de tous âges. Les chirurgiens nous envoient systématiquement les patients en rééducation commençant à s'apercevoir de l'intérêt des disciplines de la rééducation. De plus, nous devions évoluer dans notre métier car la médecine traitait des cas de plus en plus « lourds » comme les « atteintes neurologiques », les accidentés de la route, les traumatisés crâniens...
Progressivement l'ergothérapie s'occupe aussi de la réadaptation et de la réinsertion des patients. Il faut s'intéresser à la manière dont le patient va vivre à son domicile, au quotidien. D'où l'idée d'imaginer une structure extra-hospitalière qui permet « d'accompagner » le patient lors de son retour à domicile en lui proposant des conseils en aménagement d'intérieur, des aides techniques, etc.
Dans cette volonté de changement nous nous sommes souvent heurtés d'abord à la « condition » des chirurgiens qui ne voulaient pas se remettre en question et ensuite à la réticence de l'administration hospitalière. Nous avons réussi finalement à les faire plus ou moins bouger... Au bout du compte ils sont aujourd'hui une dizaine d'ergothérapeutes à travailler au centre de réadaptation fonctionnelle. »

Il y a bien une opposition entre une rationalité instrumentale de l'administration et ceux qui cherchent à l'aménager. Vis à vis de l'administration quelle attitude faut-il adopter lorsqu'on est ergothérapeute ? Celle empreinte d'attentisme ? Ou celle inspirée par la vigilance ? :

« (...) Il nous paraît plus intéressant d'attirer l'attention des ergothérapeutes sur l'institution qui les contient. En effet celle-ci a un énorme pouvoir sur eux, même s'ils n'en sont pas toujours conscients. (...) L'institution veillera aussi à ce que les actions du personnel ne soient pas en désaccord avec ses règles de fonctionnement. Petit à petit se confortera dans la tête de l'ergothérapeute l'idée de ce qu'il a droit de faire, ou de ce qu'il ne peut pas faire. Il évitera petit à petit, sans même y penser, un certain nombre de solutions parce qu'elles sont non conformes aux règles de fonctionnement et aux valeurs implicites de cette institution[41]. »

Les pesanteurs de l'administration sont telles qu'elles imposent à l'ergothérapeute des schèmes de perception conformes à ceux qu'elle attend de lui. Le but pour l'administration est-il « d'endormir » le personnel dont les ergothérapeutes ? Certainement non, car elle attend des ergothérapeutes et des autres professions une franche collaboration sur des projets précis qui relèvent de son initiative comme l'accréditation ou le PMSI. Partant d'une

[41] J.M Destaillats, E. Sorita, La demande d'autonomie sociale, Expériences en ergothérapie, Sauramps Médical, 1999, N°5, p. 189.
J.M. Destaillats est praticien hospitalier psychiatre et médecin rééducateur. E. Sorita est ergothérapeute.

recommandation nationale (à l'exemple du dossier du patient recommandé par l'ANAES) les ergothérapeutes y verraient plutôt une occasion pour affirmer la spécificité de leur discipline.

Le dossier du patient en ergothérapie
(à partir de l'article publié par C . Orvoine dans Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N° 7, 2001, p. 21 et p. 24). C. Orvoine est ergothérapeute.
Le dossier du patient est un document de référence professionnelle qui vient s'ajouter aux autres outils proposés par l'administration dans le cadre du programme d'accréditation.
« Ce dossier ne peut être sans appropriation, sans régulation aux différentes formes d'exercice de l'ergothérapie, sans créativité. Il ne peut vivre que dans une dynamique de changement. Le cadre proposé est souple et adaptable pour permettre à chaque ergothérapeute et à chaque équipe une personnalisation selon les besoins. Ce dossier du patient en ergothérapie mérite d'être exploré. Il contient certaines recommandations, mais il s'appuie sur une certaine vision de la personne, sur une démarche éthique, sur une conception ouverte de nos actes et sur une méthodologie rigoureuse. »*
L'auteur semble attribuer une note favorable à cette initiative de l'administration, celle-ci pouvant concourir à la promotion de la profession à condition que les ergothérapeutes se « l'approprient » :
« (...) Le dossier du patient en ergothérapie n'est pas un document dépositaire de recettes applicables telles quelles. C'est plutôt un médiateur, notion bien connue des ergothérapeutes, pour questionner et s'approprier ses pratiques, afin de mieux se positionner dans le contexte actuel de santé.
Tout changement incorpore de la créativité. Si le cadre proposé devient un support à l'analyse, aux discussions, au changement, il devient aussi support aux propositions et à la concertation. C'est ainsi qu'un document labellisé et référencé peut devenir un levier vers plus de communication et de compréhension. Il ne devient parlant que si chacun peut y trouver sa marque. Une des conditions d'utilisation est la transgression à partir du document initial. Dire cela n'est pas un appel à la subversion, mais plutôt un encouragement à l'imagination et à l'expérimentation. Au final, c'est une voie possible vers plus d'autonomie. »
L'auteur précise en quelque sorte la « conduite à tenir » pour utiliser au mieux le « dossier du patient », soulignant au passage les enjeux professionnels de cet outil. Ce qui apparaît comme une contrainte supplémentaire dans la pratique professionnelle au quotidien (mais acceptée) peut être un moyen pour se distinguer des autres professions. Ce qui était de l'ordre de la « soumission » passe au stade de « l'affirmation ». Les ergothérapeutes passeraient de la position de dominé à la position de dominant.
*La définition de l'ANAES du dossier du patient est la suivante :
« Document rassemblant les informations et données utiles concernant le patient afin d'élaborer, de planifier et d'évaluer la démarche des soins. C'est un outil de réflexion, de synthèse, de traçabilité des soins permettant le suivi des patients. »

La relation entre les ergothérapeutes et l'administration serait-elle donc plus complexe qu'il n'y paraît ? D'ailleurs la complexité est une notion avec laquelle les ergothérapeutes semblent très bien s'accommoder :

« (...) L'ergothérapie est une science basée sur un travail, à partir du flou, de l'imprévisible, du complexe. Le travail de l'ergothérapeute consiste à faire émerger des

dimensions cachées qui sont souvent centrées sur les dynamiques personnelles du patient et de sa famille. Il lui faut alors les intégrer dans la réflexion qu'elle peut avoir sur la construction du projet et faire partager au reste de l'équipe thérapeutique des priorités qui ne sont pas habituellement celle des équipes.[42] »

Dans le milieu du travail l'ergothérapeute fait-il montre d'une capacité à s'adapter, à innover plus que les autres professions ? L'administration tient-elle compte de cette dimension de l'ergothérapie pour mieux ajuster les postes d'ergothérapeutes avec les besoins en soin des patients ? Bon nombre de discours d'ergothérapeutes soulignent la position de dominé de l'ergothérapeute tant en rapport avec l'instance administrative centrale qu'avec l'instance administrative locale telle un établissement hospitalier.

Sur la base des conditions « objectives » de l'exercice de la profession, un ergothérapeute embauché dans un service de rééducation fonctionnelle ne peut exercer que dans le domaine de la rééducation mais à mesure qu'il montre ou démontre auprès des collègues, du patient et de l'administration que son champ de compétences n'est pas limité, sa position dans l'institution n'aura-t-elle pas tendance à évoluer ? Cette question n'est pas limitée à la seule profession d'ergothérapeute. Mais quel est l'intérêt pour un ergothérapeute à dévoiler ses capacités professionnelles ? Toute profession est soumise à ce type de confrontation qui est assimilable à une lutte d'intérêts :

« Quand nous disons que les pratiques des agents sont commandées par les intérêts à la fois génériques et spécifiques, il convient de ne pas prendre la notion d'intérêt dans un sens restrictif. L'intérêt matériel n'est pas seul capable de mettre les agents en mouvement et de les faire entrer en lutte.[43] »

Cette évocation de l'intérêt renvoie aux conditions dans lesquelles les ergothérapeutes sont impliqués dans le champ professionnel. Les ergothérapeutes ne sont pas mus par l'intérêt matériel[44] mais par la volonté de participer au « jeu » :

« Les agents peuvent vouloir renverser les rapports de force dans le champ, mais, par la même, ils accordent de la reconnaissance aux enjeux, ils ne sont pas indifférents. Vouloir faire la révolution dans un champ, c'est accorder l'essentiel de ce qui est tacitement exigé par

---

[42] J. M. Destaillats, B. Pelegris, La place institutionnelle de l'ergothérapie, Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N°5, 1999, p.162.
B. Pelegris est ergothérapeute.
[43] A. Accardo, Initiation à la sociologie, Bordeaux, Le Mascaret, 1991, p.76.
[44] Nous entendons par intérêt matériel, exclusivement les rémunérations.

ce champ, à savoir que ce qui s'y joue est assez important pour qu'on ait envie d'y faire la révolution.[45] »

Dans le champ des professions paramédicales les enjeux ne sont pas ceux qui concernent les rémunérations même si cet aspect n'est pas à négliger. D'ailleurs notre enquête révèle que la rémunération ne représente pas un motif d'insatisfaction[46]. Mais ce sont plutôt les conditions d'exercice de la profession (les moyens matériels et humains mis à disposition) qui suscitent des réactions car elles sont un révélateur des enjeux au sein d'un champ. Là où émergent des besoins, des moyens sont mobilisables ; la difficulté pour les ergothérapeutes est de montrer que des besoins en ergothérapie existent, ils exigent donc des réponses matérielles et des effectifs supplémentaires. Le fonctionnement d'un service au sein d'un hôpital ne dépend pas seulement du dynamisme de son chef de service mais de l'engagement de toute une équipe. Au sein de cette équipe il y a des professions qui détiennent des positions plus importantes que d'autres et qui ont donc plus conscience des enjeux que d'autres[47]. Si l'ergothérapie est en position d'infériorité à l'intérieur de l'hôpital n'a-t-elle pas une possibilité de s'affirmer à l'extérieur de celui-ci ? Les enjeux ne sont-ils pas pour partie en train de se déplacer à l'extérieur de l'hôpital ?

6.2. La promotion de l'ergothérapie passe-t-elle par le secteur associatif ?

Les prises de position des ergothérapeutes dans notre enquête, à travers leurs réponses, rappellent que la place de l'ergothérapie est encore à trouver :

« L'ergothérapie est située à l'intérieur de l'hôpital et s'intéresse à l'extérieur de l'hôpital. (...) Elle doit être capable d'aller dans l'un et l'autre des deux mondes et de ramener à l'intérieur des équipes des éléments de l'écosystème du patient afin qu'il soit reconnu, respecté et intégré dans les objectifs de soin et il doit permettre de traduire auprès du patient la pertinence d'actes extrêmement techniques (kinésithérapie, orthophonie, médecine) dont le patient ne perçoit pas l'intérêt de façon évidente.[48] »

---

[45] P. Bourdieu, Raisons pratiques, Paris, Seuil, 1994, p. 152.

[46] 73.1% des ergothérapeutes interrogés sont satisfaits (29.9%) ou assez satisfaits (43.2%) de leur rémunération. Tandis que 26.9% des ergothérapeutes témoignent d'une insatisfaction vis à vis de leur revenu du travail. Par ailleurs, les ergothérapeutes qui ont mentionné la faible rémunération comme *« aspects les moins intéressants de la profession »* (question 33) ne dépassent pas la dizaine. Sans doute sont-ils préoccupés par d'autres aspects de leur profession.

[47] C'est d'ailleurs un rôle qui revient à l'ANFE et à l'UIPARM de sensibiliser les ergothérapeutes adhérents et les autres à la réalité des enjeux de telle sorte que la concurrence se joue non pas à armes égales (ceci est une illusion) mais dans des conditions où le dominant n'est pas en position de gagner « à tous les coups ».

[48] J. M. Destaillats, B. Pelegris, opus cit., p.164.

La richesse de l'ergothérapie est de se situer entre le médical (l'intérieur) et le social (l'extérieur). Mais cette position n'est-elle pas considérée par certains comme une faiblesse parce qu'elle est justement située entre ces deux mondes ? Quant au secteur associatif celui-ci a largement sollicité les ergothérapeutes pour faire face à des demandes de prise en charge de plus en plus nombreuses et diversifiées hors de l'institution hospitalière :

« Les différents services d'insertion sociale et de conseils autour du handicap moteur tels que les ESVAD de l'APF, les SRAI de l'AFM, les CICAT, tout comme le GIHP** l'ont bien compris et ont augmenté le nombre de postes d'ergothérapeutes pour compléter les dispositifs existants et apporter des réponses plus adaptées à celles qui étaient déjà en place. On observe le même phénomène dans la mise en place des services de suite institutionnels qui aident à faire la transition entre l'institution et le retour vers la réalité quotidienne ordinaire.*[49] »

* Centre d'information et de conseil en aides techniques

** Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques

Le « salut » de l'ergothérapie viendrait-il uniquement des structures associatives ? En effet les structures associatives telles que l'APF ou l'AFM offrent des champs d'intervention très larges, proches des souhaits des ergothérapeutes. Toutefois, l'embauche d'un ergothérapeute dans une association dépend des priorités que celle-ci s'est fixée. Si les responsables d'une antenne APF par exemple, dans tel département, décident plutôt de privilégier le soutien psychologique aux personnes handicapées, l'embauche de psychologues dans les équipes ESVAD est prioritaire sur le recrutement d'ergothérapeutes. Il est toutefois possible de faire appel occasionnellement à un ergothérapeute sur des questions d'aménagement intérieur ou extérieur du domicile, etc. Les ESVAD comme les SRAI ne sont pas composées invariablement des mêmes professionnels, il s'agit aussi de tenir compte des demandes formulées par les patients. A ce niveau, le responsable coordonnateur de chaque équipe détient un rôle important :

« Le responsable coordonnateur ESVAD :

- *coordonne l'équipe et les réunions*
- *(...)*
- *est à l'écoute des besoins des usagers et répercute, si elle en est saisie, les demandes à l'équipe pour évaluation et réponse, ou oriente vers des relais extérieurs après échange avec l'équipe et le secrétariat.*[50] »

---

[49] J.M. Destaillats, E. Sorita, opus cit, p.191.

[50] Document interne à l'APF, Délégation du Bas-Rhin, 2000.

Le coordonnateur (qui d'ailleurs est susceptible d'être un ergothérapeute) doit posséder une bonne connaissance des disciplines du secteur médico-social pour orienter les demandes des personnes handicapées vers le ou les professionnels compétents. De plus, l'équipe permanente est consultée régulièrement par le coordonnateur pour évaluer les besoins. Cette prise en charge du patient prend un caractère moins formel et moins bureaucratique que dans une institution hospitalière[51]. Mais cela ne veut pas dire pour autant que les ergothérapeutes y soient plus reconnus. L'ergothérapeute sera sollicité lorsque le coordonnateur et le responsable de l'association estimeront nécessaire son intervention et donc sa participation dans l'équipe. Mais la présence d'un ergothérapeute n'est pas systématique, elle dépend selon nous de deux facteurs :

- de la bonne connaissance de cette profession par les autres professionnels et par les patients (du public donc)
- de la capacité des ergothérapeutes eux-mêmes à faire connaître leur discipline.

De par la souplesse de son fonctionnement et son ouverture sur « l'extérieur » le secteur associatif paraît plus enclin à attirer les ergothérapeutes. Mais si les associations s'approchent d'un mode de régulation trop bureaucratique les initiatives et les possibilités de recrutement sont freinées.

L'administration impose par définition des réformes dont elle ne mesure pas toujours toutes les conséquences. Elle raisonne dans une logique moyens-fins mais elle oublie que le système fonctionne grâce à un personnel qui est constamment obligé de s'adapter. Les professions qui sont amenées à appliquer de nouvelles dispositions réglementaires semblent souvent les subir plutôt que de les accompagner. Les réformes sont donc l'occasion de reconsidérer le fonctionnement de l'hôpital avec à la clé des modifications possibles dans le rapport entre les professions. Ne risquent-elles pas d'exacerber une concurrence entre les professions déjà « installées » et les professions qui veulent se « faire une place » ? Les prises de position des ergothérapeutes sont significatives de l'état d'un rapport de forces qui persiste dans l'hôpital. Il n'est pas tout de garantir un statut sous couvert du diplôme et des qualifications qui y sont attachées, le choix pour l'administration d'engager des réformes des études paramédicales et médicales, l'obligation pour les établissements de soins de se lancer

[51] L'APF ne reprend pas la grille AGGIR pour évaluer le degré de dépendance des personnes handicapées. La prise en charge de ces personnes possède donc un aspect moins formel. L'APF insiste sur « l'accompagnement », sur « l'aide humaine » a apporté aux personnes handicapées.

dans une démarche qualité ne sont pas sans conséquences sur les statuts des professions. Le mouvement de réformes et de changements qui concerne le système de soins, et qui se réalise certes sur plusieurs années, laisse entrevoir une évolution des pratiques thérapeutiques des professionnels et donc une modification des places que ces mêmes professionnels occupent dans le champ des professions.

CHAPITRE III

L'ERGOTHERAPIE SOUS L'INFLUENCE DES CONTRAINTES ECONOMIQUES

La manière dont est régulée administrativement une profession telle que l'ergothérapie est révélatrice des contraintes économiques qui pèsent sur elle. En effet, il ne faut pas omettre que l'avenir de l'ergothérapie est en partie liée aux décisions administratives et que celles-ci dépendent de près ou de loin de l'environnement économique. Les réformes administratives ont des implications en matière économique que leurs initiateurs n'ignorent pas. La tendance actuelle est à la surveillance des dépenses et au frein au « gaspillage. » L'équilibre des finances publiques s'applique à toutes les instances administratives, il faut veiller à ne pas « creuser » les déficits :

« La logique des moyens va donc céder la place à la logique des résultats. Les méthodes de « management par objectifs » deviendront une pratique courante pour gérer les services de l'Etat, comme elles le sont devenues dans le privé depuis de nombreuses années.[1] »

La performance, le résultat s'introduisent dans l'administration de la santé avec des conséquences diverses. Si la mise en route des réformes et les changements au sein de l'administration hospitalière ont pour origine principalement des raisons économiques, comptables, il ne faut pas ignorer leurs conséquences humaines tant du côté du soigné que du

[1] A. Kahn, Le management par objectifs gagne les services de l'Etat, Le Monde, 2.07. 2002.

côté du soignant. Les performances des hôpitaux se mesurent-elles de plus en plus à l'aune des résultats comptables ?

1. LA PRISE EN COMPTE DU FACTEUR ECONOMIQUE

Les prises de position des ergothérapeutes ne se comprennent souvent qu'à la manière dont ils apprécient les enjeux économiques qui entourent leur profession. De même que les prises de position de l'administration sont à examiner au regard des réalités économiques:

« L'empreinte et l'emprise du champ sont inscrites dans les dispositions des agents.[2] »

Les résultats de l'enquête que nous avons menée auprès des ergothérapeutes révèlent qu'il est difficile pour eux d'ignorer l'aspect économique.

1.1. La perception des contraintes économiques par les ergothérapeutes

Lorsque des ergothérapeutes évoquent par exemple le « manque de moyens[3] » ils ne font que de souligner clairement les déficits qui grèvent les finances publiques empêchant la création de nouveaux postes. Le regard que les ergothérapeutes interrogés portent sur l'avenir de la profession découle d'un capital d'informations et de connaissances qu'ils possèdent au fur et à mesure de leur immersion dans le champ des professions paramédicales. Ce champ n'échappe pas, à l'image d'autres champs, à des contraintes économiques. Les ergothérapeutes nous le rappellent dans leur réponse à la question 34[4] :

« Comme une profession nécessaire mais qui est un plus, en cas de restriction budgétaire il y aura des difficultés de maintien de poste, à moins que le vieillissement de la population ouvrent des postes dans le maintien à domicile. »

(Femme, 33 ans, 13 ans d'ancienneté)

« L'ergothérapie devrait prendre de l'ampleur dans le cadre de la politique de maintien et de retour à domicile. Les gens veulent pouvoir rester chez eux, ils guérissent mieux dans leur environnement propre et cela coûterait moins cher à la Sécurité sociale. »

(Femme, 32 ans, 8 ans d'ancienneté)

---

[2] P. Bourdieu, Le champ économique, Actes de la recherche en sciences sociales , N° 119, 1999, p.48.
[3] En réponse à la question 33 qui concerne *« les aspects les moins intéressants de la profession.»*
[4] Rappel : question 34 qui porte sur *«...l'avenir de l'ergothérapie.»*

« Il faudrait que l'ergothérapie se développe en libéral car cela devient difficile de trouver des postes en centres ou dans les hôpitaux (pour les jeunes diplômés). »

(Femme, 27 ans, 5 ans d'ancienneté)

« Difficile ; du fait du faible nombre d'ergothérapeutes, de la concurrence d'autres paramédicaux, des difficultés économiques actuelles qui tendent à diminuer le nombre d'embauches et nuisent à la mise en place d'une cotation d'actes permettant un exercice libéral, seul garant d'un maillage correct du territoire. »

(Femme, 33 ans, 9 ans d'ancienneté)

« L'avenir de l'ergothérapie est incertain en milieu hospitalier car les moyens et les budgets sont de plus en plus limités d'où la nécessité de justifier et d'argumenter nos prises en charge. »

(Femme, 40 ans, 19 ans d'ancienneté)

Ces quelques témoignages s'inscrivent dans un plus vaste discours qui tient compte de la dimension économique des différents aspects associés à une profession. Ces ergothérapeutes admettent que les restrictions budgétaires sont telles que la profession ne peut pas prendre son véritable essor. La faute est attribuée « aux difficultés économiques » que subit le pays et qui empêchent un véritable arbitrage budgétaire en matière de politique de santé en faveur des ergothérapeutes puisque l'ergothérapie est considérée comme un «plus » en l'occurrence comme un « luxe ». Les ergothérapeutes perçoivent ici les limites de l'expansion de leur discipline à cause de contraintes économiques[5], que la profession soit peu connue n'arrange guère la situation :

---

[5] Il ne faut pas omettre que les médias entretiennent largement cette idée que les comptes de la Sécurité sociale sont chroniquement dégradés :

« ... Les médias ont légitimé, par la force des choses, l'opération qui consiste à juger l'institution sur des critères comptables, voire, comme on le fait pour une entreprise privée, sur ses « résultats ». Les termes de « déficit » ou de « trou » le rappellent : il est largement admis que l'on puisse penser la Sécurité sociale sur le modèle d'une entreprise ou d'un ménage. » (J. Duval, Une réforme symbolique de la Sécurité sociale, Actes de le recherche en sciences sociales, N° 143, 2002, p. 54)

L'opinion publique est habituée à être abreuvée par un même type de discours sur les déficits des comptes de la Sécurité sociale, jusqu'au point d'accepter de se « sacrifier » ? Le quotidien le Figaro titrait en première page du 22.10.02 : « Les Français prêts à des sacrifices pour sauver leur système de santé. » Ce titre fait suite aux résultats d'un sondage mené par l'institut Ipsos pour le Figaro et France télévision.

Dans ce climat toutes les réformes du système de santé ne sont-elles pas permises, même les plus impopulaires ?

Manque de connaissance sur la profession
d'ergothérapeute de la part de l'administration

↓

Arbitrages budgétaires en leur défaveur

↓

Frein au développement de la profession

Dans une certaine mesure, les ergothérapeutes ont incorporé ce schéma qui fait référence à l'état des rapports de force dans l'espace professionnel dans lequel ils évoluent. Cet espace est bien celui où s'affrontent les professions entre elles pour obtenir les « meilleures places » avec comme arbitre une administration qui prend des décisions en grande partie en fonction des ressources disponibles. En somme, le champ économique est composé d'agents qui entretiennent des relations de telle sorte qu'elles déterminent les prises de position de chacun d'eux. Celles de l'administration sont particulièrement significatives d'une certaine logique de fonctionnement du champ.

1.2. Des informations économiques largement diffusées et propagées

La maîtrise comptable des réformes dans le monde médical oblige l'administration à s'informer régulièrement de l'évolution de la situation économique globale. Prenons le cas de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), organe qui dépend du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et qui publie régulièrement dans des ouvrages des statistiques sur la situation sanitaire de la France. Dans un numéro paru au courant de l'année 2000 la DREES évoque dans un article[6] « l'évolution conjoncturelle des dépenses d'assurance maladie du régime général ». Utilisant un indicateur synthétique mis au point par la CNAM, l'article montre combien les prestations qui couvrent le risque maladie augmentent régulièrement depuis janvier 1997. Par ailleurs, dans le même article, il est mentionné d'autres chiffres, notamment sur la progression puis la stabilisation de la consommation de santé dans le PIB (Produit intérieur brut) :

[6] Consommation médicale totale, Drees, 2000, N°1, p.13.

Tableau 1 : Evolution de quelques grands agrégats concernant la consommation de santé

	1990	1995	1999
Part dans le PIB (en %) :			
-de la consommation de soins et de biens médicaux	7.8	8.6	8.5
-de la consommation médicale totale	7.9	8.8	8.7

Source : DREES

La part de la consommation médicale dans le PIB augmente entre 1990 et 1995. Puis celle-ci tend à se stabiliser à partir de 1995. Ces quelques résultats se rangent à côté d'autres données qui traduisent la même tendance. Dans un article paru en 2001 deux économistes de la DREES font une comparaison internationale des dépenses de santé depuis 1970 :

« L'augmentation des dépenses de santé pose, à long terme, la question de leur soutenabilité par le financement public. (...) L'étude de la répartition de la croissance du volume total des dépenses entre dépenses hospitalières, médecine de ville et médicaments, confirme les tendances observées au niveau global. Elle montre également la part croissante des dépenses de pharmacie dans l'ensemble des pays.[7] »

Par ailleurs les auteurs précisent que ces comparaisons internationales confirment le poids grandissant des dépenses de santé dans le PIB de chacun des pays (Allemagne, Espagne, Etats-Unis, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni).

La caution scientifique

D'autres travaux sur les questions relatives à l'économie de la santé abondent dans le même sens, en y ajoutant une caution plus mathématique que comptable. En effet, les économistes de la DREES, en raisonnant par hypothèses arrivent à construire des modèles mathématiques en y incorporant différents paramètres, dont celui de la démographie :

« Les dépenses de santé augmentent avec la population et dépendent de sa structure d'âge. Pour mesurer les effets des variables démographiques, il est possible de décomposer l'indice d'évolution des dépenses en fonction de l'évolution de la dépense moyenne à population et structure d'âge données, de l'évolution de la population et de celle des structures d'âge. » (C. Bac et G. Comilleau, Drees, N°1, 2001, p.83).

En fait les auteurs essayent de construire un indice capable de rendre compte de l'effet du vieillissement sur les dépenses totales de santé. D'autre part, d'autres spécialistes vont dans le même sens en élaborant un modèle macroéconomique en rapport avec les dépenses de santé:

[7] C. Bac, G. Cornilleau, Comparaison internationale des dépenses de santé, Drees, N°1, 2001, p. 79.

« On a donc cherché à construire un modèle macroéconomique d'équilibre général pour analyser l'incidence des politiques de santé sur l'économie, le taux d'épargne macroéconomique et l'état de santé général de la population ». (N. Couderc, V. Touzé, B. Ventelon, Politiques de santé dans un modèle macroéconomique : un exercice de simulation, Drees, N°1, 2001, p.34).
Ici, les auteurs multiplient les hypothèses pour s'interroger sur la politique de « contingentement des dépenses » qui semblerait une réponse à la hausse de la consommation médicale. L'idée est de rapprocher un modèle théorique, sur la base de la simulation, avec le « réel ». Mais les auteurs conviennent qu'il est difficile d'introduire dans le modèle des « paramètres psychologiques », par définition non modélisables.

Nombreuses sont les études donc qui cherchent à décrire et à expliquer l'évolution des dépenses de santé. Elles concourent au débat actuel sur la façon dont il faut dépenser autrement. Les instances officielles (DREES, INSEE, CNAM, etc.) d'où émane l'information économique participent à la construction des représentations des agents. Ces informations à caractère macroéconomique semblent confirmer ce que beaucoup d'ergothérapeutes observent autour d'eux, dans les institutions : le « vieillissement » de la population, les « besoins » de soins qui augmentent, etc. Ces évolutions plaident pour une redéfinition des moyens attribués[8] :

« L'ergothérapie aurait un grand avenir si les budgets étaient débloqués. Il y a beaucoup de besoins mais peu de moyens. »

(Femme, 25 ans, 3 ans d'ancienneté)

« L'ergothérapie a de l'avenir si les pouvoirs publics, l'administration, le ministère de la Santé, les médecins, ...voulaient se donner aussi la peine d'améliorer la vie quotidienne, le confort, l'autonomie et l'indépendance des personnes handicapées en général. Il faut une volonté politique et... un budget !»

(Femme,36 ans, 14 ans d'ancienneté)

Les termes économiques entrent dans le discours des ergothérapeutes. La réalité économique est partout présente jusque dans le quotidien des pratiques thérapeutiques. Des restrictions budgétaires ici, un poste supprimé là, tout cela au nom d'une certaine rationalité économique ?

[8] Réponses à la question 34.

2. LA RATIONALITE ECONOMIQUE AU SERVICE DE L'ACTE THERAPEUTIQUE ?

L'avenir de l'ergothérapie est suspendu aux décisions des responsables politiques et administratifs qui elles-mêmes dépendent beaucoup des conclusions des spécialistes en économie de la santé. Dans les entreprises privées il est d'usage de faire appel à des experts pour souligner les éventuels dysfonctionnements et repérer les surcoûts toujours nuisibles à la rentabilité. L'administration se range aussi dans de telles opérations-vérité.

2.1. La maîtrise des dépenses comme discours de référence

Pour les besoins d'expertise l'administration compte souvent sur ses propres agents. Les responsables administratifs impliqués dans le système de santé apportent aussi leur contribution dans le débat en insistant sur les aspects économiques :

« Le soin est un produit d'une cherté croissante et dont les coûts de production sont peu ou mal connus. Aussi, la régulation économique de l'hôpital se justifie-t-elle pour des raisons d'ordre autant macroéconomique que microéconomique.[9] *»*

La position de responsable d'hôpital de l'auteur donne encore une autre résonance à son discours dans la mesure où « il sait de quoi il parle ». A la fois acteur et observateur du système il n'ignore pas que le salut de l'institution hospitalière française passe par une « maîtrise médicalisée quantitative et qualitative des coûts ». Sa démonstration rejoint donc celles exposées par d'autres auteurs, spécialistes de la question. Elle s'appuie sur un constat bien établi : un risque de dérive des dépenses de santé en raison de la progression de la demande de soins liée à une offre de soins qui continue aussi à croître. D'où la nécessité de réformer l'hôpital dans le sens de la « modernisation des outils de gestion », de la « recherche de la rationalité » :

« La régulation économique du secteur hospitalier ne peut se satisfaire des seuls critères qualitatifs. Elle se fonde également sur la recherche de la rationalité, non seulement du système hospitalier mais également du système de santé dans sa globalité.[10] *»*

La rationalité est un concept qui alimente les discours sur la gestion de l'hôpital et du système de santé en général. Une des traductions de ce concept de rationalité dans la réalité du

---

[9] B. Bonnici, L'hôpital, enjeux politiques et réalités économiques, La documentation française, Paris, 1993, p.107.
B. Bonnici est directeur du centre hospitalier d'Aix-en-Provence. A ce titre il apporte sa contribution au débat où l'approche économique est dominante.
[10] Ibid, p.169.

système de santé est le contrôle des coûts d'hospitalisation, une meilleure allocation des ressources. Les organismes de protection sociale proposent des expériences d'hospitalisation à domicile moins coûteuses qu'une hospitalisation classique, ils encouragent la constitution de réseaux de soins et de maintien à domicile, ils limitent le nombre de lits d'hôpitaux, etc. De plus, ils apportent aux médecins généralistes des recommandations de « bonne pratique », toujours dans un souci d'économies, en instaurant le carnet médical, par exemple, qui comporte des incitations partielles pour le médecin à modérer ses prescriptions[11]. Donc le système de santé tel qu'il fonctionne en France donne la possibilité aux pouvoirs publics d'imposer des restrictions nécessaires et plus particulièrement dans l'accès aux professions de santé :

« Les professions de santé ont de plus en plus tendance à multiplier les actes techniques pour stabiliser et augmenter leurs revenus et pour développer une renommée qui est souvent directement proportionnelle au degré de sophistication de la médecine qu'ils pratiquent. (...)

Les réglementations d'accès à ces professions et aux différentes spécialités permettent donc une certaine maîtrise des dépenses de santé selon le principe que moins il y a de médecins, moins il y a de consultations à rembourser, d'analyses à demander, d'arrêts de travail prescrits...[12]»

Les pouvoirs publics agissent sur les conditions de l'offre de soins à défaut de peser sur la demande[13]. Mais ce ne sont pas seulement les médecins qui sont concernés mais tout le corps médical et paramédical. Les pouvoirs publics n'ont-ils pas intérêt à limiter le nombre d'admis au concours du diplôme d'Etat en ergothérapie chaque année uniquement par souci de limiter des actes en ergothérapie que les médecins seraient amenés à prescrire ? Est-il

---

[11] Le dispositif du carnet médical a été instauré par A. Juppé (Premier ministre) en 1995. Le carnet médical devait servir à fidéliser la clientèle et éviter le « nomadisme médical ». D'autres initiatives émanant du gouvernement de L. Jospin en février 1999 vont dans le même sens, elles visent à convaincre les praticiens par une lettre qui leur est adressée de respecter les nouvelles dispositions réglementaires pour limiter les dépenses. Les dernières recommandations (juin 2002) en matière de prescriptions médicales émanent du directeur de la CNAM, J.M. Spaeth, qui demande aux médecins généralistes de moins prescrire des antibiotiques et plus de médicaments génériques en compensation de l'augmentation de la consultation à 20 €. Ces recommandations se font généralement sur la base de convention donc de discussion entre les partenaires concernés mais elles peuvent aussi prendre un caractère contraignant si la convention est dénoncée.

[12] A. Beresniak, G. Duru, Economie de la santé, Masson, Paris, 1997, p. 85.

[13] Les spécialistes en économie de la santé s'interrogent aussi sur la manière dont il faut freiner la demande de soins. Comment responsabiliser les patients dans le domaine de la santé ?

« Lorsque la maladie survient, l'individu peut choisir plusieurs stratégies : auto-médication, attente, recours au système de santé. Il a été démontré (étude de la Rand, enquête santé) qu'un individu possédant une couverture complète optera plus facilement pour la dernière option.»

S. Chambaretaud, L. Hartmann, Contrats incitatifs et asymétrie d'information : le financement des biens et services médicaux, Les cahiers du Gratice, Credes, N°15, 1999, p.108.

envisageable de la part de l'administration de la santé d'aller jusqu'à demander aux directeurs d'hôpitaux de restreindre les dépenses de personnel?

« La décélération de leurs dépenses à laquelle les hôpitaux ont été contraints est naturellement douloureuse : les réserves des établissements s'amenuisent, voire sont réduites à néant. Des taux directeurs inférieurs au départ à l'évolution de la masse salariale ont précipité d'indispensables mesures d'économie, de rationalisation, de productivité, notamment dans les services logistiques. Les hôpitaux ont dû puiser dans leurs réserves, parfois, mais pas toujours, confortables. Les mesures touchant le personnel sont bien entendues les plus douloureusement perçues.[14] »

La logique comptable s'est-elle substituée à la volonté de soigner ? Doit-on sacrifier le personnel donc l'encadrement au nom de la rigueur budgétaire ? Le débat est largement ouvert depuis des années et touche d'ailleurs toutes les activités du service public (y compris les entreprises publiques). Les études se multiplient pour démontrer le caractère pertinent des programmes d'économies des dépenses tout en assurant un service de soins de qualité. Les responsables des différentes caisses apportent également leur contribution au débat. Ils interviennent dans le débat pour justifier la maîtrise des dépenses mais pas à « n'importe quel prix » :

« La Maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses (MMEDS) a été immédiatement présentée comme une troisième voie française au problème de la maîtrise des dépenses. Alternative aux hausses des cotisations et aux diminutions des remboursements, elle prétend réguler le système de santé par une action sur la qualité et l'opportunité des soins prescrits.[15] »

La présentation d'un modèle de maîtrise des dépenses a l'avantage de rassurer à cause de son caractère scientifique. Il tient compte d'un certain nombre de paramètres afin de mieux envisager l'avenir. L'expert, qui est à l'origine de l'élaboration de ces modèles, se présente comme celui par qui la solution est possible. Mais l'administration, justement conseillée par les différents rapports d'experts, s'oriente-t-elle vers des solutions « clés en main », « prêtes à l'emploi » ?

---

[14] P. Gauthier, Peut-on sauver les petits hôpitaux ?, Revue française des affaires sociales, N°4, 1991,p. 68.
P. Gauthier est chef de service et adjoint au directeur des hôpitaux du ministère des Affaires sociales et de l'Intégration.

[15] V. Ravoux, La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. Contribution à l'analyse d'un concept, Droit social, Juin 1994, p.578.

2.2. La modélisation des dispositifs administratifs de rationalisation des dépenses de santé

Avoir pour objectif une amélioration de la qualité des soins tout en luttant contre les « gaspillages » représente un enjeu de taille. Les professionnels de la santé ont bien conscience que l'administration va dans ce sens. Adhèrent-ils complètement à cette orientation ? Un document publié par la CNAM en juin 1993 expose bien les objectifs visés :

« Si l'on considère que l'assurance maladie doit continuer à se référer au principe de solidarité qui a présidé à sa création, elle doit réformer ses modes d'action pour tenir compte des modifications profondes de la société. L'évolution du système de santé - technicité croissante de l'acte médical, vieillissement de la population – amène les caisses d'assurance maladie à cesser de délivrer des prestations de façon aveugle. Les critères de remboursement devront tenir compte de l'opportunité de la qualité et du coût des soins.[16] »

La CNAM s'assigne une mission de conseil en plus de sa fonction traditionnelle d'assureur. Elle cherche au nom de la maîtrise des dépenses à recouvrer une certaine légitimité voire une crédibilité. La CNAM déborde sur ses fonctions strictement comptables pour renforcer son rôle d'expert médical. La lutte contre le « gaspillage » n'est-il pas le prétexte pour l'administration de s'arroger le pouvoir exprès de contrôle au détriment de la liberté de prescrire chère aux médecins ? L'administration ne profite-t-elle pas d'un contexte économique pour réaffirmer son autorité sur les médecins prescripteurs et les professionnels de la santé en général ?

D'ailleurs les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, s'interrogent sur le rôle exact que joue le PMSI par exemple. L'administration des hôpitaux s'est engagée dès 1982 a lancé une réflexion sur le financement des hôpitaux en s'inspirant de travaux de recherche aux Etats-Unis. En France aussi des travaux ont été menés autour du projet PMSI par des ingénieurs économistes issus de l'Ecole des mines. Une de leur contribution relate (sous forme d'article) le caractère purement gestionnaire de ce projet :

« La mission PMSI met sur pied un dispositif : une cinquantaine d'hôpitaux sont sélectionnés sur appel à candidature, à partir d'une comptabilité analytique strictement normée et une reconfiguration de leur système d'information, pour fournir des éléments permettant de calculer des coûts par séjour. (...)

Ce dispositif permet également d'estimer des coûts moyens par GHM (Groupes homogènes de malades) ; ces coûts moyens sont transformés en une sorte d'unité de compte,

[16] Extrait cité dans la revue Droit social, Juin 1994, p.582.

le point ISA (Index synthétique d'activité) pour constituer une échelle de coûts relatifs des GHM, réactualisée chaque année par la mission PMSI, approuvée par le directeur des hôpitaux et donnant lieu à une publication (Bulletin officiel du ministère chargé de la Santé). [17] »

Le PMSI apparaît véritablement comme un outil de gestion dont les seules fins sont comptables. Le but est de mieux répartir les moyens dans le cadre d'une péréquation plus « juste » entre les hôpitaux. L'ARH (Agence régionale d'hospitalisation) qui chapote ce dispositif tient là un instrument qui tend à réduire l'hôpital à des « points », des valeurs chiffrées comme une entreprise qui calcule sa rentabilité à l'aune des ratios de gestion. La multiplication des informations chiffrées sur l'hôpital montre à quel point l'administration veut introduire une certaine forme de concurrence entre les hôpitaux. Le marché s'est-il emparé de l'hôpital ? Il est sûr que les concepteurs de ces nouveaux outils d'évaluation s'inspirent des modèles économiques proposés par des économistes néo-classiques, libéraux donc.

La productivité des services hospitaliers

Dans quelle mesure est-il possible d'évaluer un service ? Comment envisager une amélioration de la productivité des soins hospitaliers ?

Nous savons que le secteur tertiaire (le secteur des services) est parmi les trois secteurs d'activité celui qui réalise le moins de gains de productivité. La difficulté est d'apprécier la valeur d'un service hospitalier pour ensuite le rendre plus efficient :

« Une première solution, longtemps adoptée, consiste à raisonner en journées d'hospitalisation et donc à agir sur la durée moyenne de séjour pour des pathologies semblables. Une seconde solution consiste à considérer le nombre d'admissions. Cette dernière est certainement préférable, mais une admission pour un cas grave n'est pas équivalente à une admission pour un cas léger de sorte que si la complexité moyenne des cas augmente, il faudra mobiliser plus de travail hospitalier. » (J. Gadrey, La productivité des services hospitaliers, La documentation française, N°286,1998, p. 32.)

Le calcul de la productivité se base sur des variables quantitatives qui écartent d'emblée les aspects qualitatifs. Si l'on considère que la diminution de la durée moyenne de séjour est un critère d'efficacité du travail de soins, qu'en est-il de la qualité des soins dispensés ? Dans le cas de l'ergothérapie la question ne souffre aucun doute. La diminution de la durée de séjour d'un patient en rééducation par exemple a pour conséquence d'améliorer seulement la productivité « apparente » des soins. Cette amélioration ne se traduit-elle pas par une diminution du nombre de séances d'ergothérapie conduisant à une prise en charge incomplète au regard des besoins du patient ? Autrement dit, au nom de la recherche de l'efficience du

[17] J.C. Moisdon, Quelle est la valeur du point ISA ?, Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français, Sociologie du travail, N°1, 2000, p. 38 et 39.

travail de soin, l'ergothérapie, ainsi que d'autres disciplines, n'est-elle pas considérée comme du « luxe[18] » ?

Les responsables institutionnels du système de santé ont réussi à imposer un discours qui privilégie le pragmatisme comptable à une véritable planification de la santé. L'esprit de service public n'est-il pas dévoyé par des idées qui s'inspirent des théories libérales ? En invoquant l'efficacité, la productivité, le coût des services de soins, l'administration de la santé reste-t-elle fidèle à sa mission initiale de maintenir le lien social ? En voulant agir sur l'offre de soins elle remet en cause certains de ses fondements qui font son succès. Il est logique que le remboursement systématique et intégral des consultations par exemple stimule la consommation médicale. Comment alors responsabiliser le patient si ce n'est en introduisant un peu de « marché » dans le système ? A vouloir limiter le remboursement de certains actes, à jouer sur la « vérité » des prix l'administration ne cherche-t-elle pas à dissuader plus d'un « client » (et non plus patient) à consulter un médecin? En incitant à modifier la gestion interne des hôpitaux, l'administration centrale n'oriente-t-elle pas non plus les établissements hospitaliers vers une organisation proche de celle qui prévaut dans une entreprise privée ? (Question déjà soulevée dans le chapitre précédent à propos des statuts)

Les restructurations hospitalières qui ont été menées par l'administration ces dernières années en France ont certes pour principal but de réorganiser la carte sanitaire mais elles recouvrent aussi un motif économique. Celles-ci s'appuient sur des outils de plus en plus sophistiqués capables de mieux faire correspondre l'offre et la demande de soins :

« Les outils de nature à impulser les restructurations hospitalières se sont multipliés et diversifiés, chaque loi hospitalière en créant des nouveaux sans supprimer les anciens. Parmi ces outils il y a la carte sanitaire et le régime des autorisations créés en 1970, ceux-ci ont un caractère essentiellement quantitatif, il vise le contingentement des équipements et des activités et leur tonalité est fortement technocratique. Un second - le schéma régional – est un outil à caractère plus qualitatif et son objectif est l'optimisation de l'organisation des soins. (...) Quant au fonctionnement interne des établissements, la mise en place en 1983 du financement par dotation globale (...) a été un facteur très important d'évolution de la gestion

[18] Certains ergothérapeutes interrogés dans le cadre de notre enquête sont largement persuadés que l'ergothérapie risque d'être en quelque sorte « sacrifiée ». Le fait que cette discipline soit peu connue de l'administration et des médecins prescripteurs peut conduire à l'écarter par manque « d'efficacité ».

hospitalière en donnant ex ante à la direction de l'établissement une meilleure visibilité sur ses ressources et en l'amenant, de ce fait à faire des choix.[19] »

Les directeurs d'hôpitaux ne sont pas encore des entrepreneurs privés. Ils restent sous une tutelle administrative[20] mais ils ont acquis de nouvelles marges de manœuvre et des capacités d'expertise propre. La gestion de l'hôpital ne s'effectue plus en dehors du « schéma régional », mais paradoxalement la plus grande technicité des postes occupés donne aux responsables administratifs des hôpitaux des perspectives de gestion et d'administration renouvelées. A la différence de l'entrepreneur privé, le directeur d'un établissement hospitalier est moins confronté à des incertitudes mais sa fonction nécessite toutefois des arbitrages autour des contrats d'objectifs fixés avec l'ARH.

2.3. Un dispositif de prise en charge des patients au gré des choix comptables

Une approche plus rigoureuse des dépenses de santé ne doit pas faire l'économie d'une réflexion sur le sens donné à notre système de santé. Son efficacité ne dépend pas uniquement de la multiplication des dispositifs administratifs et comptables mais aussi de la capacité des professionnels qui le composent à offrir le meilleur service. Les inégalités devant la santé persistent et les Français ne bénéficient pas de la même couverture en soins sur tout le territoire et selon leur revenu. Concernant l'ergothérapie, la démographie des ergothérapeutes n'a pas beaucoup varié depuis plusieurs années. Est-ce en raison du manque de moyens alloués, du coût[21] d'un acte ergothérapique ? Les ergothérapeutes sont particulièrement sensibles aux questions économiques parce qu'ils savent que la promotion de leur profession est en grande partie liée aux ressources mobilisées et au coût de la prise en charge en ergothérapie :

---

[19] P. Broudic, Les restructurations hospitalières, le cas de la région Champagne-Ardenne, Revue française des affaires sociales, N°2, 2001, p.49 et 50.

[20] Dans le cadre de la déconcentration régionalisée et au travers des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS, année de création 1991) et de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH, année de création 1996) une nouvelle gestion hospitalière est organisée.

[21] Dans le système de santé français les soins représentent surtout un coût pour l'organisme qui se charge de rembourser c'est à dire la Sécurité sociale. Pour le particulier, donc le patient, le prix des soins ne représente pas un obstacle immédiat pour se soigner. On pourrait même avancer l'hypothèse que la préoccupation des Français pour leur santé dépend surtout du caractère abordable des soins sous prétexte qu'ils sont remboursés. Le calcul économique est plutôt du ressort de l'administration que des patients. Donc l'analyse en terme de coût-efficacité ou de coût-avantage est plutôt l'apanage de l'administration que des agents soignés.

L'approche est un peu différente au sujet de l'acte d'ergothérapie. Celui-ci n'étant pas remboursé par la Sécurité sociale (en dehors de l'institution hospitalière) le patient va donc procéder par arbitrage entre justement le coût et l'efficacité d'un tel acte. Les soins en ergothérapie sont donc réduits à un service marchand, ils ont un « prix ».

« Faut-il accorder davantage aux soins primaires, à la chirurgie de pointe, à la recherche ou à la rééducation-réadaptation ?

La situation des pays développés leur impose de réduire leurs dépenses de santé et d'effectuer des choix.

Actuellement, dans tous les pays, les gouvernements dégagent plus de ressources pour sauver une vie qu'ils n'investissent là où un maximum de vies humaines pourraient être sauvées ou améliorées. On pense immédiatement à la prévention et à la réadaptation. (...)

Si évaluer, c'est mesurer, en quels termes peut-on le faire dans le contexte économique que nous venons de situer ? C'est là toute la difficulté de l'entreprise et l'ambiguïté des stratégies.[22] »

Cet extrait d'article laisse entrevoir une critique majeure: les choix fixés par les pouvoirs publics en matière de santé ne favorisent pas certaines disciplines qui ont pourtant, selon l'auteur, toute leur place dans le dispositif de soin. La prise en charge d'un patient est un « tout » qui va de la prévention à la réadaptation. Aucune étape selon lui ne doit être écartée pour que le patient progresse.

L'intention de l'administration à rationaliser le système de soins a amené aussi d'autres ergothérapeutes à réfléchir sur les conditions de la pratique de leur discipline. Cette réflexion s'est traduite par la parution de plusieurs articles[23] publiés dans la revue « Expériences en ergothérapie ». Nous rapportons les principales thèses qui reviennent le plus souvent dans le contenu de ces articles :

---

[22] J. Y. Bausson, Evaluations micro-économiques des actions de santé. Quels enjeux pour la rééducation et la réadaptation ? Expériences en ergothérapie, Masson, N°6, 1993,p. 15.
J. Y. Bausson est ergothérapeute-cadre, à travers cet article il témoigne de l'intérêt que portent les ergothérapeutes sur les questions d'ordre économique. Cet article paraît dans la revue « Expériences en ergothérapie » qui est destinée aux ergothérapeutes en particulier et au corps médical en général.
Un autre article dans le même numéro va dans le même sens, le titre est : « Coût du traitement ergothérapique de la brûlure », article co-rédigé par des ergothérapeutes et des médecins. Il est intéressant de remarquer la multiplication d'articles qui prennent en compte les aspects économiques. La co-rédaction des articles avec des médecins est significative de l'intérêt qu'alimente tout le corps médical pour la question de la « rentabilité ».

[23] Il s'agit de trois articles :

- 1° article : D. Erceville, L'organisation du travail en ergothérapie : une question d'actualité, Expériences en ergothérapie, Masson, N°6, 1993.
- 2° article : J.Y. Baussson, A quoi les ergothérapeutes passent-ils leur temps ?, Expériences en ergothérapie, Masson, N°6, 1993.
- 3° article : C. Orvoine, Dans les situations de travail en ergothérapie, Expériences en ergothérapie, Masson, N°9, 1994.

Tableau 2 : Les différentes thèses associées à une même démarche

DEMARCHE	THESES
Les auteurs partent d'un constat	Faible reconnaissance des compétences des ergothérapeutes.
Ils soulignent un objectif principal	Face à l'évolution des pathologies, il faut clarifier, mettre en lumière, mesurer l'activité « réelle » des ergothérapeutes.
Ils proposent des moyens	Analyse de situations de travail où les ergothérapeutes sont impliqués pour un meilleur « contrôle des performances» avec la recherche d'une forme « d'auto-évaluation ».

Les objectifs de l'administration sont relayés par les professionnels de la santé eux-mêmes, ils confirment ainsi que la « mesure de toute chose » est dorénavant la caractéristique majeure qui est à l'origine de toute réforme. La multiplication des instruments de mesure à but économique donne aux décideurs des résultats qui les confortent dans les choix de privilégier tel domaine dans la prise en charge plutôt que tel autre. Comment faire fi justement du contexte économique lorsque les professionnels de la santé s'occupent d'un patient ? Ecourter un séjour en hôpital au nom des économies à réaliser, est-ce éthiquement correct ? Par ailleurs est-il possible, avec moins de moyens, d'assurer un service de qualité?

Instruments de mesure des « performances » et bilans en ergothérapie

Il ne faut pas confondre les instruments d'évaluation mis en place par les pouvoirs publics pour rationaliser l'offre de soins et les bilans assurés par les ergothérapeutes dans le cadre de leur pratique professionnelle au quotidien. Un bilan réalisé par un ergothérapeute est une évaluation de « l'état fonctionnel » du patient, mais il ne s'apparente en rien à l'évaluation d'un acte thérapeutique. Autrement dit, le bilan est réservé aux seuls professionnels de la santé, en aucun cas il va être utilisé dans un quelconque dispositif de calcul des « performances » de l'ergothérapeute :

« Pour bien conduire la réadaptation du handicapé et juger de ses résultats, il faut procéder fréquemment à une évaluation ou à un contrôle des aptitudes fonctionnelles. (...)

Des précisions sont apportées grâce au testing manuel, à la dynamométrie, à l'électromyographie et à la goniométrie. C'est une première catégorie de « bilans ».

L'exécution du travail thérapeutique au cours de l'ergothérapie donne la mesure des fonctions utilitaires. Des précisions sont apportées par des preuves ou tests particuliers. C'est une deuxième catégorie de bilans. Le bilan d'ergothérapie doit faire apparaître non seulement les possibilités physiques du handicapé, mais aussi sa volonté et son savoir-faire. » (L. Pierquin, J.M. André, P. Farcy, Ergothérapie, Masson, Paris, 1980, p.116)

Certes il est question de bilans, de tests, d'évaluation, mais ils ont uniquement pour but de renseigner l'ergothérapeute et les membres de l'équipe pluridisciplinaire afin d'assurer une meilleure prise en charge. Pourtant il n'est pas impossible d'imaginer ces bilans s'inscrire dans une « échelle de qualité » (et non de performances) dans la mesure où ils sont réappropriés par l'administration en collaboration avec les ergothérapeutes. L'introduction du dossier du patient en ergothérapie, sur une recommandation de l'ANAES, donne au bilan en ergothérapie toute son importance dans la démarche de soins.

Les indicateurs de mesure sont de plus en plus utilisés et attendus par l'administration. Souvent à son initiative, ils demeurent une source essentielle d'information pour elle et un moyen de prendre des décisions. Dans le cadre du maintien à domicile, les informations et les études ne manquent pas. L'ergothérapie trouve-t-elle sa place dans un domaine où se cristallisent des enjeux professionnels et économiques ?

3. ASPECT ECONOMIQUE DU MAINTIEN A DOMICILE

Les études économiques se multiplient également sur « la prise en charge de la dépendance ». Une des personnes qui est la plus exposée à cette dépendance est la personne âgée. Il est habituel de faire l'étude des dépenses de santé par génération, l'effet démographique n'étant pas éloigné de l'évolution des dépenses.

3.1. La personne âgée objet de toutes les attentions

Il est démontré statistiquement que les dépenses liées à la santé sont élevées à partir de 50 ans. Auparavant les dépenses sont relativement stables :

Tableau 3 : Dépenses par classe d'âge (en 1997, en euros)

	Moins de 2 ans	De 2 à 9 ans	De 10 à 19 ans	De 20 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	De 70 à 79 ans	80 ans et plus
Dépenses d'hospitalisation	400	350	580	500	540	500	510	1100	1400	700
Dépenses de pharmacie	180	100	80	110	170	200	400	570	800	800

Dépenses d'auxiliaires médicaux	20	30	20	10	20	25	50	90	150	480

Source : Epas-Sps,1997 (in DREES, 2002)

Quel que soit le type de dépenses de santé celles-ci ont tendance à augmenter à partir de l'âge de 60 ans notamment celles concernant l'hospitalisation et celles qui portent sur la « consommation d'auxiliaires médicaux ». Au-delà de 60 ans les dépenses d'hospitalisation augmentent radicalement par rapport aux tranches d'âge inférieures. Le recours aux auxiliaires médicaux, principalement de la kinésithérapie et des soins infirmiers, est caractéristique des classes d'âge supérieures à 60 ans. Ce sont les personnes de 80 ans et plus qui le plus font appel à ce type d'aides. Quant aux dépenses de pharmacie elles progressent également de manière régulière en fonction de la classe d'âge. Ces résultats sont corroborés par d'autres statistiques (toujours issues de la même source) : les « 60 ans et plus » représentent près de la moitié des dépenses totales en pharmacie et en auxiliaires médicaux et ils totalisent près de 35 % des dépenses hospitalières.

L'allongement de l'espérance de vie et donc l'augmentation du nombre de personnes âgées provoquent une croissance quasi-mécanique des dépenses de santé. Il faut rajouter à cet effet démographique, l'évolution régulière à la hausse des dépenses de santé toutes classes d'âge confondues. Les études statistiques et les analyses sont nombreuses depuis quelques années pour évoquer la question de la prise en charge des personnes âgées par exemple. Parmi les études qui ont été menées ces dernières années par des organismes spécialisés ou par des chercheurs attitrés nous relevons quatre articles[24]. La démarche et les thèses principales de ces auteurs se rejoignent sur un certain nombre de points ; ils jouent un rôle à la fois d'information et d'alerte, à charge aussi pour l'administration et les acteurs de terrain d'en tenir compte :

[24] Nous indiquons les titres et les sources de quelques articles publiés ces dernières années sur cette question. Les titres de ces articles sont éloquents :

- 1° article : C. Aliaga, Les services de soins à domicile fin 1996, SESI, N°94,1998.
- 2°article : G. Badayan, C. Colin, Les personnes âgées dans les années 90, Drees, N° 40, 1999.
- 3° article : L. Assous, Soins et aides de longue durée aux personnes âgées : une mise en perspective internationale, RFAS, N°2, 2001.
- 4° article : S. Renaut, Vivre ou non à domicile après 75 ans : l'influence de la dimension générationnelle, Gérontologie et société, N° 98, 2000.

Tableau 4 : Les différentes thèses associées à une même démarche

DEMARCHE	THESES
Les auteurs partent d'un constat démographique	Le vieillissement de la population constitue un des thèmes majeurs du débat public. La France compte à la fin de ce vingtième siècle environ 12 millions de personnes de 60 ans et plus.
Ils confirment une augmentation des besoins en soins	Une espérance de vie qui augmente associée à un développement des pathologies liées au vieillissement. De plus en plus de personnes dépendantes.
Ils apportent des réponses face à ces besoins	Les réponses relèvent dans un premier temps du champ de la protection sociale dans la plupart des pays européens. Multiplication des services de soins à domicile et de l'hospitalisation à domicile. L'environnement familial joue aussi un rôle déterminant dans le maintien à domicile.
Ils élargissent le débat en insistant sur les incertitudes qui pèsent sur la prise en charge des personnes âgées	Comment les pays vont-ils prendre en compte la prise en charge selon le système de couverture en vigueur dans chacun d'eux ? Quelles réponses va apporter l'entourage familial à ces évolutions ? Combien de personnes seront dépendantes ?

L'augmentation annoncée de la population de personnes âgées nourrit les interrogations quant à la prise en charge des personnes dépendantes. La question économique est à nouveau largement posée. Si tout le monde convient que la prise en charge à domicile est une solution à la croissance de la demande de soins, il faut s'interroger sur le prix de cette dépendance.

3.2. Déficience et handicap, une question de définition

Certains spécialistes se questionnent, à dessein, sur ce qu'est la « dépendance ». De cette définition va découler le degré et le prix de la prise en charge[25] car les enjeux économiques et sociaux sont importants.

[25] Nous avons déjà montré que l'administration en France avait mis au point un outil d'évaluation de la dépendance au travers de la grille AGGIR. En fonction du classement de la personne dans cette grille (c'est-à-dire de son degré de perte d'autonomie) elle peut bénéficier d'une aide notamment l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui a remplacé en janvier 2002 la Prestation spécifique dépendance (PSD). Le caractère très formel de cette grille ne doit pas cacher son utilité dans la couverture de la dépendance.

La classification internationale du handicap

Il est utile d'un point de vue économique de connaître le nombre de personnes dépendantes ou handicapées. De ce nombre va dépendre la mise en place de multiples dispositifs pour répondre aux diverses situations auxquelles sont confrontés l'administration et le personnel médical.

Mais à propos de handicap, de quoi parlons-nous ?

Dans un article « le handicap se conjugue au pluriel » (Insee première, N° 742, 2000, p. 41) P. Mormiche s'interroge sur le nombre de personnes handicapées en France :

« Il n'y a pas de réponse unique à cette question, car la nature, l'origine et la gravité des atteintes peuvent être très diverses. »

J. Bordeloup fait aussi part de ses interrogations au sujet de la définition du handicap :

« Selon la définition qui est donnée du handicap le nombre des handicapés peut varier de 2.5 à 6 millions de personnes. En 1992, le secrétariat d'Etat aux handicapés l'évaluait à 10 % de l'ensemble de la population, un pourcentage communément admis, selon lui, dans l'ensemble des grands pays industrialisés.[26] *»*

(J. Bordeloup, Faiblesses et aléas d'une politique publique : les différentes actions menées en faveur des handicapés, Droit social, N°6, 1994,p. 586.)

En fait pour déterminer la nature du handicap les agents de la santé publique se basent sur les définitions du handicap proposées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il ne s'agit par pour nous de reprendre les différents aspects du handicap mais de montrer en quoi il est délicat de s'arrêter à une définition. Le recensement de 1999 et les enquêtes HID (Handicaps incapacités dépendance) menées par l'INSEE ont permis de mieux cerner la réalité du handicap en France. L'enquête HID insiste beaucoup sur la notion de déficience (voir tableau 5) qui est « la perte ou le dysfonctionnement des diverses parties du corps et du cerveau. » Ces enquêtes sont une source importante d'informations pour les professionnels (Sécurité sociale, mais aussi les caisses de retraite, les assurances et les associations chargées de l'insertion, etc.).

La classification est en soi un acte de simplification mais aussi une manière d'appréhender de manière plus méthodique et claire les différentes situations de déficiences rencontrées. Les outils de mesure de la déficience existent mais derrière diverses pathologies se cachent des cas humains beaucoup plus complexes qui appellent des réponses spécifiques. Le tableau 5 retient quatre types de déficiences, celles qui relèvent de la motricité et de la sensibilité sont les plus répandues :

[26] Par ailleurs l'INSEE vient de publier en octobre 2002 une somme statistique importante sur la population souffrant d'incapacités. Dans le cadre d'une enquête HID il nous révèle que « plus d'une personne sur quatre (26.4 % de la population globale soit 11 840 208 personnes) déclare avoir au moins une incapacité ou une limitation d'activité ou une reconnaissance de leur handicap ». Cette enquête renvoie à la difficulté à la fois de préciser la notion de handicap et d'évaluer exactement le nombre de personnes handicapées. La simple modification de la définition peut ainsi entraîner un doublement voire un triplement du nombre d'individus subissant un handicap.

Tableau 5 : Les déficiences par type et par âge (en %)

	De 0 ans à 9 ans	De 10 à 19 ans	De 20 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	De 70 à 79 ans	De 80 à 89 ans	90 ans et plus
Déficiences motrices	1	3	4	6	11	18	26	39	52	66
Déficiences sensorielles	2	4	3	2	8	11	25	34	51	65
Déficiences organiques	5	5	2	3	5	12	18	28	31	30
Déficiences mentales	3	5	2	3	6	7	9	18	18	21

Source : INSEE, enquête HID 1999

Les déficiences augmentent assez nettement avec l'âge. A partir de l'âge de 60 ans le pourcentage de personnes atteintes de déficiences motrices et sensorielles s'accélère nettement à la hausse. Et d'ailleurs plus de la moitié des personnes de 80 ans et plus subissent ce type de déficiences. Ces résultats sont donc à rapprocher du tableau précédent parce qu'ils confirment la tendance à la croissance des dépenses de soins pour les tranches d'âge les plus élevées.

3.3. La capacité d'expertise des ergothérapeutes en matière de maintien à domicile

L'action sur l'environnement (aménagement de l'habitation, diffusion d'aides techniques, aide humaine pour la réalisation de tâches quotidiennes, etc.) est une démarche importante pour réduire le handicap. Depuis quelques années des services de soins à domicile ont vu le jour pour répondre à la croissance des situations de dépendance :

« Créés pour prévenir ou différer l'entrée à l'hôpital ou en institution, les Services de soins à domicile (SSAD) dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins d'hygiène, principalement auprès de personnes âgées dépendantes. En apportant une aide spécifique à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, ils constituent, avec leurs proches, les infirmières du secteur libéral et les autres dispositifs de soutien à domicile tels que l'aide ménagère, un maillon essentiel du maintien à domicile des personnes âgées.[27] »

[27] C. Aliaga, opus cit , p.45.

Dans cet extrait nous remarquons que ce sont plutôt les infirmières et les aides-ménagères qui sont sollicitées pour le maintien à domicile. Toutefois le maintien à domicile est un créneau[28] que veulent également occuper les ergothérapeutes. Ils sont nombreux déjà à assurer des tâches en lien avec le maintien à domicile dans diverses associations ainsi que dans les SSAD. Les ergothérapeutes outre la compétence qu'ils cherchent à offrir réfléchissent aussi au coût engendré par la prise en charge de la dépendance. Si l'installation à domicile d'un patient amène l'intervention de nombreux professionnels, la place de l'ergothérapeute se justifie aussi d'un point de vue économique :

« Chaque retour à domicile est unique et mobilise le patient, la famille et les équipes de soins et de réadaptation.

Cet écrit conçu à partir d'une étude de cas, pointe l'influence du choix de la procédure d'indemnisation quant à l'intervention de l'ergothérapeute et aux résultats obtenus. Il pose ensuite le problème du regard expert de l'ergothérapeute sur l'évaluation des besoins.[29] »

Le retour à domicile représente un coût supporté par différents financeurs (CNAM, CRAV, le Conseil général, les assurances...) et en partie aussi par le patient lui-même. Adapter un domicile aux nouveaux besoins du patient réclame des frais importants (frais d'aménagement du domicile, achat d'aides techniques et de mobiliers...). Le rôle de l'ergothérapeute est d'évaluer au mieux ces besoins pour éviter que le patient ne s'engage dans des frais trop importants. Se qualifiant « d'expert » l'ergothérapeute semble passer au-delà des grilles officielles d'évaluation du handicap (enquête HID, AGGIR,...) pour se recentrer sur « l'essentiel » : le patient dans son environnement. Adapter un logement est du ressort de spécialistes, le montage d'un dossier de financement de l'aménagement d'un logement nécessite que l'on pose les bonnes questions :

« La nécessité d'aménager le logement est souvent pour la personne en situation de handicap un acte indispensable pour son maintien à domicile. Pour concrétiser un tel projet de nombreuses questions se posent :

- *Quel aménagement pour quel handicap, dans quelles perspectives ?*
- *Quels financements pour quels coûts ?*
- *Quels financeurs interpeller ?*

---

[28] Nous utilisons volontairement une notion économique. La notion de « créneau » s'emploie dans le cas où les entreprises qui cherchent à gagner des parts de marché. Le maintien à domicile est alors apprécié comme un « créneau porteur » en raison de l'augmentation continue de la demande de soins à domicile.

[29] C. Dumont, C. Maurin, F. Ohanna, Retour à domicile et procédure d'indemnisation : quelle place pour l'ergothérapeute ?, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 2000, p.84.
C. Dumont est ergothérapeute. C. Maurin est assistante sociale. F. Ohanna est médecin-chef.

- *Quels sont les droits de la personne en situation de handicap?*[30] »

Le marché du maintien à domicile n'est pas un marché comme les autres. Les modalités de financement de la prise en charge à domicile sont assez complexes. Des conventions sont signées avec les organismes payeurs. Les subventions sont accordées uniquement à partir du moment où est clairement rédigé un avis technique[31]. Aux contraintes économiques se superposent des contraintes administratives que le patient seul ne pourrait supporter. La dépendance a un coût que la société est prête à assumer mais dans des conditions de transparence. A l'intérieur des équipes des SSAD l'ergothérapeute évolue dans ses domaines de compétence traditionnelle (rééducation, réadaptation) mais il peut multiplier des expériences en gestion financière et administrative pour présenter un dossier auprès des financeurs. Le handicap nécessite une approche thérapeutique et humaine sans pour autant écarter des considérations d'ordre économique. De plus les ergothérapeutes veulent profiter du développement du maintien à domicile pour asseoir leur statut de libéral.

L'ergothérapeute, un agent qui a adopté les valeurs de l'économie marchande ?

Si la prise en charge des patients n'est pas un marché comme les autres, il existe toutefois une offre et une demande de soins. D'après les diverses études, le coût du maintien à domicile est inférieur au coût d'un hébergement en longue durée en institution. Sachant cela, les ergothérapeutes (rationnels) font un calcul simple : l'accompagnement du patient à domicile n'est optimal qu'à condition que le statut de libéral soit reconnu pleinement. Il s'agit de convaincre autant le patient que le ou les organismes payeurs de l'utilité de l'intervention au domicile du patient. L'ergothérapeute se transforme alors en un agent commercial capable de démarcher les clients potentiels pour les amener à choisir diverses prestations et produits. Il devient donc entrepreneur (une possibilité est de créer une SARL (Société à responsabilité limitée)) cherchant à maximiser son profit. Dans un tel univers, le profit n'est pas garanti d'autant plus que le financement n'est pas systématique (absence de nomenclature). Le marché du maintien à domicile représente des barrières à l'entrée pour les nouveaux entrants, les armes sont inégales entre un infirmier libéral dont les actes sont remboursés (prix administrés de l'intervention) et l'ergothérapeute qui doit se mettre à la recherche d'une clientèle moins encline à régler une consultation non couverte par la Sécurité sociale. Les incertitudes sont moins nombreuses pour un infirmier libéral que pour un ergothérapeute libéral pourtant la démarche est identique : assurer une aide à domicile. Un ergothérapeute qui s'engage dans « le libéral » a pris en compte toutes les contraintes du champ économique :

« Les agents sont confrontés à un espace de possibilités qui dépendent très étroitement de la position qu'ils occupent dans le champ. » (P. Bourdieu, Le champ économique, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 119, 1999, p.56)

---

[30] M. O. Soyer, J. Pinelli, Aide à l'aménagement du logement des personnes dépendantes du Bas-Rhin, Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N°6, 2000, p.300.
M. O. Soyer est ergothérapeute-cadre. J. Pinelli est médecin-chef.

[31] L'avis technique représente les différentes propositions d'aménagement du domicile en tenant compte du handicap. L'ergothérapeute est formé pour rédiger ce type d'avis.

UNIVERSITE DE METZ 301 S.C.D.

Dans un rapport marchand le capital d'informations que détient chacun des agents offreurs de soins est décisif pour occuper le marché. Ce n'est pas le cas pour l'ergothérapeute qui renonce facilement à choisir la voie du libéral parce que la concurrence est inégale.

L'aide à domicile se « marchandise » dans le contexte particulier du système de soins français. Toutes les professions paramédicales n'interviennent pas dans les mêmes conditions. Mais des opportunités existent se disent certains ergothérapeutes :

« En effet, il semble crucial que tous les ergothérapeutes prennent conscience des ouvertures permises par l'exercice libéral, mais aussi de ses contraintes.

Il est indispensable que les ergothérapeutes passent d'une vision « romantique » et idéalisée du libéral, à une compréhension des enjeux qui sous-tendent cette pratique. (...)

La matière ayant horreur du vide, si nous ne prenons pas maintenant notre destin à bras le corps, nous prenons le risque de voir la place occupée par d'autres.[32] »

Dans le cas du maintien à domicile les professions paramédicales déjà installées en libéral (infirmiers, kinésithérapeutes,...) sont avantagées. La création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis le 1° janvier 2002 risque de provoquer une forte demande de personnel à domicile. Les ergothérapeutes sont également concernés par ce dispositif à travers un rôle de conseil principalement. L'APA et bien d'autres mesures comme l'hospitalisation à domicile ne sont-elles pas des signaux [33] qu'émet l'administration (l'organisme régulateur) pour inciter les ergothérapeutes à s'installer en libéral ? Les rares ergothérapeutes qui ont opté pour le libéral sont-ils les seuls à avoir l'esprit d'entreprise ?

« Travailler en libéral, c'est raisonner en thérapeute (ça on nous l'a appris !), mais aussi en tant que chef d'entreprise libérale : là réside toute la difficulté, car l'école ne nous prépare pas à cela et il n'est ni habituel ni naturel pour les ergothérapeutes de se faire payer pour les soins qu'ils dispensent. (...)

En ce qui me concerne, être libérale, c'est ma façon d'être autonome et de pouvoir prôner avec plus d'assurance l'autonomie chez mes patients[34]*! »*

---

[32] P. Besson, Ergothérapie et médecine libérale : comment travailler ensemble ?, Expériences en ergothérapie, Masson, N°4, 1991,p. 6.
Une autre source statistisque confirme la présence importante des infirmières libérales au sein des services de soins à domicile : « Plus de huit services de soins sur dix ont fait appel à des infirmières libérales en 1996, contre les deux tiers en 1984 et les trois quarts en 1991 ». (SESI, N° 97, 1998)

[33] D'habitude c'est le marché qui émet des signaux vis à vis desquels les entrepreneurs ne sont pas indifférents. Parmi ces signaux il y a bien évidemment les prix des biens et services : si les prix sur le marché sont élevés il est moins risqué d'entreprendre et donc de s'engager dans un investissement.

[34] C. Couasné, Aspects financiers de mon exercice en libéral, Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N°6, 2000, p. 51.

De par leur formation, leur culture, les ergothérapeutes sont-ils disposés à entrer dans le jeu du calcul économique ? Les contraintes, les effets de structure pèsent indubitablement sur les prises de décision de s'engager sur la voie libérale ou non. Les contraintes économiques exacerbent les luttes au sein du champ professionnel. De plus, il existe une ambiguïté dans les rapports entre les ergothérapeutes et l'administration, elle se résumerait par cette affirmation : « Donnez-nous les moyens d'exercer en libéral ». Cette apparente contradiction n'est pas seulement l'apanage des ergothérapeutes, elle concerne toutes les professions engagées dans le libéral et qui sollicitent souvent l'administration pour une meilleure rétribution de leurs actes thérapeutiques. Dans une logique de prix administrés (remboursement des actes) les luttes entre professions pour occuper les positions dans le système de santé ne devraient pas être exacerbées, contrairement à une situation de marché classique où règne la concurrence au sens strict. Substituer une relation marchande à une relation thérapeutique paraît pour beaucoup excessif mais l'acte d'exercer en libéral s'inscrit bien dans un rapport marchand où le patient-client en tant que demandeur de soins formule des exigences en rapport avec le prix à payer. Le choix du libéral correspond à une véritable révolution culturelle pour les ergothérapeutes même en cas de remboursement des actes.

A une époque où il est demandé de faire des économies, de dépenser autrement, l'ergothérapeute a un rôle à jouer en matière de conseil en offre de soins à domicile et d'aménagement de l'habitat :

« L'assurance maladie doit être autre chose qu'un tiroir-caisse payant aveuglément ce que les professionnels de santé lui soumettent comme remboursements.

(...) L'ergothérapeute pourrait endosser le rôle de conseiller technique auprès de l'assurance maladie dans le cadre d'une politique de prévention et d'éducation à la santé.[35] »

La volonté de la part de l'assurance maladie de distribuer autrement les deniers publics donne aux ergothérapeutes des possibilités de jouer les rôles de conseil. C'est une situation nouvelle qui démontre une fois encore que les ergothérapeutes savent mettre en avant un large éventail de compétences même lorsqu'il s'agit de participer à la distribution (à la source) de la manne publique dans le cadre du retour à domicile.

Le discours « économiciste » a envahi les sphères de l'administration, il justifie les politiques de redéfinition des aides et des subventions aux différentes instances (de l'hôpital

[35] M. Emery, Ergothérapie et Sécurité sociale, Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N° 6, 1993, p. 46.
M. Emery est ergothérapeuthe.

aux associations) qui s'occupent de la prise en charge des patients. Dans un contexte de réduction des dépenses :

« Les acteurs et les types d'expertises mobilisés dans l'élaboration des politiques de santé font l'objet d'un renouvellement. L'expertise économique tend à supplanter les expertises juridiques et médicales qui guidaient jusqu'alors les acteurs politiques, et les économistes de la santé, qui s'intéressent à la régulation du système de santé, rencontrent un écho croissant.[36] »

La ligne de conduite adoptée par l'administration ne prend-elle pas trop appui sur des logiques d'objectifs et de résultats en omettant au passage d'augmenter les moyens humains ? A l'aide de statistiques, d'outils élaborés, la politique de la santé en France s'oriente dans une démarche de plus en plus rigoureuse au risque de susciter des tensions entre professionnels sur les questions de remboursement des actes, d'évaluation des actes, de gestion des compétences.

Les marges de manœuvre de l'administration dépendent beaucoup de l'état du budget qui lui est alloué. Alors que la prise en charge du patient se résume plutôt à un aspect comptable (le prix d'un séjour en hôpital par exemple) la recherche par l'administration d'une meilleure allocation des ressources est somme toute légitime. Ces dernières années l'administration a profité d'une accumulation de déficits pour pousser plus loin les réformes lui paraissant indispensables. Il est donc difficile de dissocier les réformes insufflées par l'administration et la situation économique générale. Beaucoup d'écrits de spécialistes et de journalistes sont tournés dans ce sens. Finalement ne se dégage-t-il pas un certain consensus autour de ces réformes ou tentatives de réformes? Les ergothérapeutes comme les autres professions paramédicales semblent aussi prendre en compte l'aspect économique tout en sachant qu'à moyens quasiment égaux des évolutions sont possibles notamment sur la question des études, des prises en charge à domicile, etc. Le tout est de savoir si l'administration, forte de son pouvoir d'arbitrage, est capable de trancher dans des délais relativement courts, à moins qu'elle ne temporise pour laisser des situations en l'état.

[36] M. Serré, De l'économie médicale à l'économie de la santé, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 143, 2002, p. 68.

CHAPITRE IV

LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE ET LA QUESTION DES RAPPORTS A L'ADMINISTRATION ET AUX AUTRES PROFESSIONS

Les rapports de la profession d'ergothérapeute à l'administration et aux autres professions révèlent les difficultés pour celle-ci à se faire reconnaître. Les ergothérapeutes (et l'ANFE en premier) considèrent que la non prise en compte par l'administration de l'évolution des compétences des ergothérapeutes par un renouvellement du décret d'actes est un signe de manque de reconnaissance. Or de nouveaux besoins se manifestent, de nouveaux domaines thérapeutiques s'ouvrent en matière de réadaptation, il semble qu'une véritable course entre professions paramédicales est engagée pour « occuper le terrain ». Cette concurrence transparaît dans les réponses des ergothérapeutes, dans leurs dispositions à évoquer « l'avenir de la profession » (Question 34) par exemple. Ainsi le vécu professionnel des ergothérapeutes dans la mesure où il s'inscrit dans une succession d'expériences prend tout son sens dans les rapports à l'administration et aux autres professions.

1. L'EXISTENCE DES ERGOTHERAPEUTES EN TANT QUE PROFESSION

Les ergothérapeutes détiennent une qualification qui leur donne une certaine assurance dans l'occupation d'un poste. Car dans toute situation de travail à mesure que les expériences se cumulent l'ergothérapeute (comme tout autre professionnel) peut apporter sa contribution à l'amélioration du fonctionnement d'un service par exemple. Mais la capacité à anticiper de nouveaux besoins, à participer à des projets révèlent aussi des compétences professionnelles. Dans le cas du retour à domicile les ergothérapeutes s'appuient autant sur leur savoir et que sur leur savoir-faire pour se mobiliser.

1.1. De la maîtrise technique au statut professionnel

Le simple fait pour un agent d'occuper un poste de travail, un emploi, place celui-ci dans des conditions propres à être objectivées. L'occupation de ce poste ne s'est pas produit par hasard mais il est la conséquence d'un parcours individuel, dans le cas de l'ergothérapeute cela donne :

Orientation vers une qualification / un métier

↓

Formation en école

(et obtention du diplôme d'Etat)

↓

Occupation d'un poste (en hôpital,

en institution spécialisée, en association...)

L'ergothérapie a une histoire en tant que discipline de la santé[1]. Ainsi plusieurs questions se posent : dans la division du travail[2] à l'intérieur du monde de la santé, quelle

[1] Comme toute discipline, l'ergothérapie a une histoire qui est surtout liée aux deux guerres mondiales, évènements qui favorisent les besoins en rééducation.

[2] Assurer des soins, prendre en charge un patient réclament des gestes techniques de plus en plus élaborés. Le médecin et l'infirmier étaient longtemps considérés comme les principaux intervenants pour prodiguer des soins

place occupe l'ergothérapie? L'occupation d'un poste (de travail) n'est-elle pas autre chose qu'un simple travail rémunéré, une source de rétribution (au sens de gagner sa vie) une fois que le titulaire de ce même poste dévoile une certaine compétence, un savoir-faire, un engagement ? Le passage de la simple occupation d'une tâche à une profession ne découle-t-il pas de la reconnaissance d'une capacité à maîtriser une technique, un art ? Ne dit-on pas d'une personne capable de maîtriser tous les aspects de sa discipline en montrant une forte capacité d'adaptation qu'elle est l'archétype du « professionnel »? La profession n'est-elle pas perçue alors comme un moyen de s'affirmer socialement[3]? Maintenant que la maîtrise d'une technique est l'apanage de plusieurs personnes (les ergothérapeutes), quelle place leur est réservée dans le monde professionnel ?

Donc à partir de la maîtrise technique d'une discipline une profession s'est construite accompagnée de marques de reconnaissance officielles comme le diplôme d'Etat, le décret d'actes, l'inscription au Code de la Santé publique[4] des professions de la santé. Au travers de ces marques, la profession a subi un processus d'institutionnalisation. L'institution (l'administration en tant qu'institution de régulation) reconnaît à l'ergothérapie et à ses représentants la qualité d'exercer leur art sous couvert d'une protection juridique. Des personnes ont donc les qualités requises pour occuper un travail avec l'ascendant des pouvoirs publics[5]. Une correspondance entre les qualités d'individus et l'objet pour lequel il est embauché s'établit, le titre et le poste se confondent. Sans qualification (sans titres scolaires, sans certificat d'aptitude), l'individu n'est pas reconnu comme pouvant prétendre à occuper un emploi. Certes, il y a des cas où un individu occupe le poste d'enseignant dans l'Education nationale, par exemple, sans avoir les titres requis, c'est le cas les maîtres auxiliaires (ou des vacataires). Ces derniers sont, au sens strict, non qualifiés pour cette tâche (ne possédant ni le CAPES, ni l'agrégation), s'en acquittent quand même mais ne bénéficient pas des mêmes

---

au patient. Cette division du travail entre médecin et infirmier n'est plus viable à partir du moment où l'approche des pathologies se complexifie.

[3] Dans un article dans la Revue française de sociologie F. Kramarz (N° 32, 1991, p.3) précise que :

« Lorsqu'une personne déclare sa profession, elle utilise des mots qui désignent des objets de son espace professionnel. Ces mots ou expressions sont le plus souvent issus du monde des entreprises et ou de l'Etat : machines, organigrammes, compétences nouvelles, fonction, grade, diplôme, métier, statut, conventions collectives... »

Des notions que nous avons également avancées plus haut, ils rappellent que la profession désigne plus qu'un simple travail.

[4] L'inscription au Code de la Santé publique est une façon de protéger l'ergothérapie contre tout exercice illégal de la profession.

[5] L'intervention des pouvoirs publics n'est pas foncièrement nécessaire pour forger une identité professionnelle. Dans le cas des métiers (comme l'a montré B. Zarca dans Identité de métier et identité artisanale, Revue française de sociologie, N° 19, 1988) l'accès à l'exercice des coiffeurs par exemple est contrôler par la fédération des coiffeurs donc par la puissance corporative (à l'image des corporations au Moyen-âge). Ce type de pratique assure au métier un contrôle du recrutement (il y va de la réputation du métier) et renforce l'identité collective.

droits et salaires que les titulaires. Dans le cas des ergothérapeutes, ces situations n'existent pas puisque le diplôme d'Etat (sanctionnant une formation préalable de trois ans) est une condition obligatoire pour exercer cette profession. Il n'est pas d'ergothérapeute sans titre. Ce même titre participe à la reconnaissance sociale, donne à la personne titulaire un statut. Mais ce rapprochement profession/qualification n'est pas suffisant pour mesurer la position occupée par une profession dans l'espace professionnel.

1.2. Des compétences à valoriser

Ce qui donne en définitive une dimension collective à la profession c'est qu'elle se dote de porte-parole, d'une représentation qui jouent le rôle de fédérateur, de rassembleur. Les professionnels se reconnaissent dans une profession qu'au moment où une organisation la chapeaute, la guide sur la voie de la promotion. Les ergothérapeutes n'existeraient pleinement que grâce à la création d'une institution propre (l'ANFE précisément), conçue à leur image et capable de mobiliser les ressources humaines. L'engagement des ergothérapeutes au sein de l'ANFE conduit à entretenir celui-ci par diverses actions sur le terrain. L'appartenance collective est déterminante dans la constitution d'une profession. Elle ne se produit pas naturellement mais par un travail d'unification : l'ANFE rappelle régulièrement dans les brochures destinées au grand public les qualités de l'ergothérapeute, son « champ d'action » thérapeutique, bref elle met en avant l'éventail des « talents » de l'ergothérapeute (ce dont il est capable) au vu de sa formation. Les ergothérapeutes s'y reconnaissent volontiers dans cette forme de présentation de leurs compétences d'autant plus qu'elle les valorise. Le rôle qu'assure la formation continue (organisée par l'ANFE) n'est pas négligeable non plus puisqu'elle invite les ergothérapeutes à se tenir informer des évolutions des techniques, des nouveaux types de réponses à apporter face à telle ou telle pathologie. On assiste donc à une construction d'un groupe professionnel où les compétences représentent un enjeu central ; compétences (faut-il le rappeler) qui trouvent leur marque de reconnaissance institutionnelle dans la formation en école, le diplôme d'Etat et enfin dans le décret d'actes.

Mais les compétences professionnelles des ergothérapeutes sont surtout identifiables et repérables en rapport avec les pratiques des autres professions du monde médical et paramédical. Dans le cadre de la division du travail dans le monde de la santé les ergothérapeutes ont un certain nombre de compétences à défendre qui s'appuient sur des valeurs propres. En cela, les pratiques professionnelles des ergothérapeutes se heurtent d'une

certaine manière aux exigences de l'administration en matière de rentabilité. Prenons l'exemple du développement de la politique de maintien à domicile. Tous les agents conviennent que dans l'intérêt du patient et à fortiori dans l'intérêt général le maintien à domicile est une solution. Seulement les valeurs qui animent les parties impliquées ainsi que les moyens proposés ne sont pas forcément les mêmes :

Tableau 1 : Le maintien à domicile une question de valeur et de moyens

	Ergothérapeutes	Administration
Valeurs	Autonomie, réadaptation, intégration.	Solidarité, rationalité, rentabilité.
Evaluation de la déficience, du handicap ou des incapacités	Evaluation sur la durée avec des visites régulières du patient.	Instauration d'une grille d'évaluation (ex de la grille AGGIR). Mesure « codifiée » des déficiences du patient.
Interventions au domicile	Equipe de maintien à domicile qui travaille sur la durée. Travail de proximité et de confiance.	Recherche de « l'efficacité ». L'intervention de l'équipe se limite à répondre aux « besoins » du patient.

La question du traitement d'un patient est révélatrice de l'opposition de deux cultures. Elle donne lieu à une confrontation d'intérêts qui stimule la radicalisation des positions des deux parties. L'administration est toujours dans cette position délicate qui l'oblige à maintenir une ligne dont le but principal est de rationaliser les dépenses au risque de réduire la qualité des soins. Face à elle, des professionnels (dont les ergothérapeutes) se positionnent pour défendre une certaine idée de la prise en charge du patient. Le résultat est un renforcement de la position des ergothérapeutes autour d'un certain nombre de valeurs. Au contraire, la mission de solidarité que s'assigne l'administration (le Conseil général et l'utilisation de la grille AGGIR par exemple) dans l'application de programmes sociaux est généralement « ternie » par des questions de budget donc de rentabilité. Il y a une forme d'incompatibilité entre la valeur de solidarité que prône l'administration et la manière dont elle les traduit au quotidien.

2. LES ERGOTHERAPEUTES ENTRE BESOIN DE RECONNAISSANCE ET AFFIRMATION DE NOUVELLES COMPETENCES

La dynamique de mobilisation est-elle cachée dans le rapport aux autres professions ou à une institution supérieure, l'administration en l'occurrence ? Certainement que la position dans l'espace professionnel des ergothérapeutes les conduit à réagir de diverses manières.

2.1. Le besoin de reconnaissance constitutif du groupe professionnel « ergothérapeute » ?

Les ergothérapeutes cherchent à rendre compte de leurs qualités par le biais de toutes sortes d'intervention (recherche, publication d'articles, présentation de leur profession sur le lieu de travail ou en milieu scolaire...). Le monde de la santé est un espace où différents acteurs (professions et administration) se confrontent (pour ne pas dire s'affrontent). Cet espace est celui de l'espace des positions vecteur de la véritable naissance du groupe professionnel. Avec l'affirmation d'un groupe professionnel face à l'administration et les autres professions nous entrons dans la logique du champ :

« Le champ est un réseau de relations objectives (de domination ou de subordination, de complémentarité ou d'antagonisme, etc.) entre des positions. (...) Chaque position est objectivement définie par sa relation objective aux autres positions, ou, en d'autres termes, par le système des propriétés pertinentes, c'est-à-dire efficientes, qui permettent de la situer par rapport à toutes les autres dans la structure de la distribution globale des propriétés[6]. »

Le champ se traduit par des rapports de lutte, il entraîne les agents qui de par leur implication dans celui-ci contribuent à sa perpétuation. La profession d'ergothérapeute (ou le groupe professionnel « ergothérapeute ») existe seulement parce qu'elle est constitutive du champ professionnel. Il n'est plus question d'évoquer l'ergothérapie comme une activité thérapeutique faisant partie de la PCS 43 mention « professions intermédiaires de la santé et du travail social » mais comme des agents partageant une même spécialité et qui dans des rapports de lutte à d'autres agents visent à obtenir des signes de reconnaissance. De là l'existence du champ professionnel : ayant obtenu quelques premiers signes de reconnaissance par l'administration les ergothérapeutes continuent à user de stratégies pour en

[6] P. Bourdieu, Les règles de l'art, Paris, Seuil, 1992, p. 321.

gagner d'autres. Finalement, c'est le besoin de reconnaissance qui fait le groupe « ergothérapeute » et c'est le groupe « ergothérapeute » constituée qui entretient le besoin de reconnaissance. La position des groupes professionnels dans le champ est donc objectivable du point de vue des acquis et des besoins nouveaux (en terme de signes de reconnaissance). Prenons le cas des ergothérapeutes et des infirmiers :

Tableau 2 : Acquis et besoins : comparaison entre ergothérapeutes et infirmiers

	Ergothérapeutes	Infirmiers
Acquis	- Diplôme d'Etat - Décret d'actes - Inscription au Code de la Santé publique - Diplôme de cadre de santé	- Diplôme d'Etat - Décret d'actes - Nomenclature (les actes sont remboursés) - Inscription au Code de la Santé publique - Diplôme de cadre de santé
Besoins (nouveaux signes de reconnaissance « prioritaires »)	- Révision du décret d'actes - Nomenclature - Révision de la formation	- Révision du décret d'actes - Revalorisation des salaires - Révision de la formation

Historiquement les infirmiers sont « installés » dans le champ depuis plus longtemps que les ergothérapeutes. Les infirmiers ont occupé et occupent des positions dominantes. Fort de leur acquis et de leur importance démographique, le rapport de forces à d'autres professions a de grandes chances de pencher en leur faveur. L'administration qui joue le rôle d'agent-arbitre va orienter ses décisions en fonction du poids que représente chaque profession. Qu'est-ce qui fait que l'administration soit l'arbitre, le distributeur légitime des marques de distinction et par la même des positions dans le champ ?

L'administration fixe les règles du jeu

Le travail et la situation au travail sont un enjeu social majeur. L'histoire sociale de la France est une succession de négociations sur fond de rapport de luttes entre syndicats et patronat avec comme arbitre l'Etat[7] (donc l'administration). Le XX° siècle a été le siècle de la montée du salariat. Même si le contrat de travail revêt une dimension individuelle, celui-ci s'accomplit dans le cadre du droit du travail. Aussi l'administration veille-t-elle au respect et à l'application de ce droit. De plus

[7] Nous employons le terme « Etat » et le terme « administration » indifféremment.

à partir de 1945 l'intervention de l'Etat dans l'économie et la société en France prend des proportions grandissantes :
« Au début des années 1950, l'investissement de l'Etat dans les industries de base est supérieur à celui du secteur privé. Cette économie dirigée donne un rôle pilote aux entreprises nationalisées et au secteur public. Elle se prolonge en interventions sur le crédit, les prix, les salaires... L'Etat jouissait de pouvoirs de réglementation impressionnants, entre autres domaines, l'investissement, le crédit, les prix, les salaires tombaient plus ou moins sous son contrôle. » (R.. Castel, Les métamorphoses de la question sociale, Paris, Gallimard, 1995, p. 611)
L'Etat s'impose en tant qu'acteur économique et social, il devient une instance de régulation totale, en quelque sorte, puisque l'économique et le social sont sous son contrôle. Et c'est l'Etat, dans un souci d'assurer le meilleur service au public qui se charge de veiller à l'accès à certaines professions (notamment par le biais du diplôme d'Etat). Sans empêcher le marché de fonctionner, l'Etat, pour assurer le statut de certaines professions, garantit les contrats de travail des salariés de la fonction publique par exemple. Une grande partie des ergothérapeutes engager dans la fonction publique bénéficient dès lors des règles fixées par l'administration hospitalière (avec une codification des savoirs et des tâches) :
« La règle de l'égalité entre pairs devant être assurée, les effets de la structuration horizontale (par services et divisions) venant croiser ceux de la structuration verticale (hiérarchique), on se trouve en face de tâches codifiées à l'extrême ou, si l'on préfère hyperdéfinies. Corrélativement, les savoirs exigibles pour les accomplir finissent par l'être aussi. Cet état de choses est évidemment propice à une application « à la lettre » des ordres, surtout si l'on se souvient que les initiatives couronnées de succès sont rarement récompensées et qu'en revanche les échecs sont immédiatement répercutés (sur la notation, le salaire, les attributions, suivant les cas). Cela conduit à la dégradation qui est constatée par tous les observateurs. Mais cela conduit aussi à une corrosion des compétences, repérable entre deux extrêmes. » (J. Y. Trepos, Sociologie de la compétence professionnelle, Presses universitaires de Nancy, 1992, p. 131)
L'administration ne laisse pas aux agents de la fonction publique beaucoup de latitudes dans la valorisation de leurs compétences. C'est à dire que les compétences sont utilisées uniquement dans le cadre du poste occupé dans un but « d'efficacité administrative » stricte.

L'institutionnalisation du marché du travail est une conséquence de l'intervention de l'Etat dans l'économie, la nature du statut de certains salariés, dont les ergothérapeutes, y est rattachée. L'obligation de détenir un diplôme d'Etat pour exercer, la formalisation de la formation et la codification des actes thérapeutiques sont inséparables de la volonté de l'administration de contrôler les professions médicales et paramédicales. A défaut que ce soit le marché, c'est l'administration qui est chargée de réguler les professions du monde médical et leur rapport mutuel.

2.2. Vers le « modèle de la compétence » ?

Si la qualification de l'ergothérapeute est garantie par le diplôme d'Etat (sanctionnée

par ailleurs par la classification en PCS), en revanche, il est moins du ressort de l'administration de se charger de développer des aptitudes individuelles nouvelles tout au long de la carrière. Cette dernière action est organisée par l'ANFE elle-même, consciente des enjeux que renferme la formation dans le positionnement de l'ergothérapie par rapport aux autres professions paramédicales. Il est de plus en plus courant dans le monde du travail d'opposé le « modèle de la qualification » au « modèle de la compétence ». De quoi s'agit-il?

Tableau 3 : Confrontation des caractéristiques du « modèle de la qualification » et du « modèle de la compétence[8] »

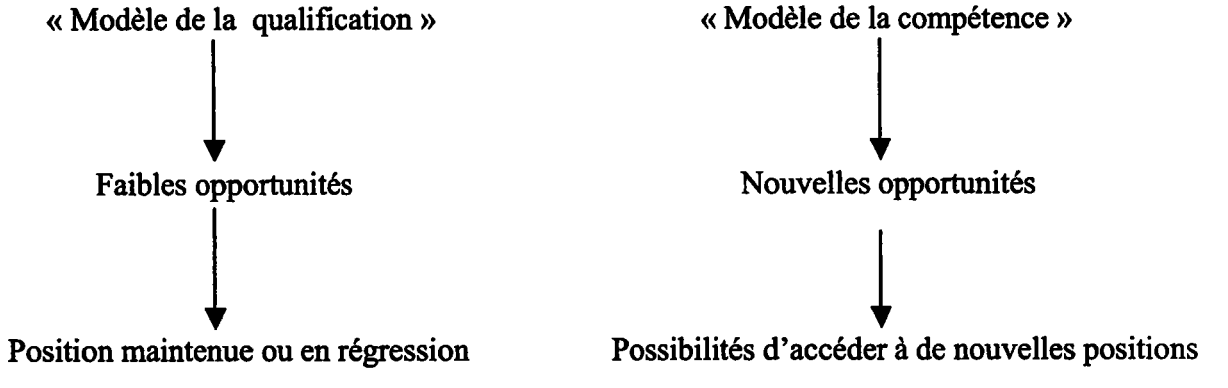
« MODELE DE LA QUALIFICATION »	« MODELE DE LA COMPETENCE »
Ce modèle repose sur : - les capacités individuelles conventionnellement identifiées par le titre - la reconnaissance des savoirs et des savoir-faire par la formation initiale ou continue - la description du poste par le contenu exhaustif des tâches prescrites.	Ce modèle repose sur : - un engagement des salariés, pour une meilleure contribution à l'organisation - une autonomie et une interdépendance : mobilisation au service de la recherche de solutions à des problèmes concrets de production - la coopération entre les salariés à tous niveaux. - une responsabilisation des salariés.

Ces deux modèles correspondent plutôt à une description du rapport salarial dans les entreprises proprement dites, mais ils nous intéressent au plus près car ils nous éclairent sur la construction de nouvelles logiques professionnelles dans le champ des professions paramédicales. Si la qualification s'appuie sur des connaissances objectives et formelles sanctionnées par un diplôme, les compétences sont assimilées à la maîtrise d'un art grâce à l'expérience accumulée, à la mobilisation de nouvelles connaissances, à l'utilisation de techniques plus élaborées, etc. L'accumulation d'expériences tout au long de sa vie professionnelle n'a d'intérêt que si elle est mise au service des collègues, de l'entreprise, de la profession. A travers de nombreux articles publiés dans les revues spécialisées les ergothérapeutes, forts de leur expérience, ne cherchent-ils à montrer leur capacité d'expertise ?

[8] Nous reprenons ici les éléments de précision qui ont été avancés par C. Paradeise et Y. Lichtenberger dans un article de la revue Sociologie du travail dont le titre est « Compétence, compétences » (N°1, 2001).

Nous ne sommes plus ici dans la codification des savoirs et des tâches (encouragée d'ailleurs par les nouveaux dispositifs administratifs d'évaluation) mais dans la mise en avant de compétences que seuls les ergothérapeutes savent mesurer et contrôler. Ainsi la légitimité du contrôle ne reviendrait plus à l'administration mais aux agents composant la profession. L'engagement et la mobilisation des ergothérapeutes sur le terrain de la recherche prendrait-il tout son sens au travers du « modèle de la compétence » ? Est-ce encore une fois le changement, depuis quelques années, de la nature de la demande de soins qui pousse les ergothérapeutes à souligner leur spécificité ? L'exemple des programmes de prise en charge du patient à domicile est très éloquent de ce point de vue. Le maintien à domicile deviendrait, selon notre hypothèse, le moyen emblématique de passer du « modèle de la qualification » au « modèle de la compétence ». Dans ce cas, les enjeux professionnels se déplaceraient hors des murs de l'institution hospitalière et prendraient une autre dimension. Le « modèle de la compétence » ne prendrait-il pas le dessus sur le « modèle de la qualification » ? Autrement dit, l'ergothérapeute ne profiterait-il pas de cette situation hors institution (hors cadre strict de la qualification du poste) pour exprimer des compétences plus larges ? N'est-ce pas déjà le cas des ergothérapeutes qui occupent des postes de technicien d'insertion au sein des SRAI de l'AFM ou des ergothérapeutes au sein des équipes de maintien à domicile type ESVAD ? Le maintien à domicile ne peut-il pas être considéré par les ergothérapeutes comme un nouveau marché, une occasion de mobiliser les compétences et ne plus rester confiner dans leurs qualifications premières ? La revendication des ergothérapeutes à obtenir une nomenclature n'irait-elle pas dans ce sens ?

Personne n'ignore que dans le champ des professions paramédicales la concurrence est et sera très forte sur la question du maintien à domicile. Les opportunités étant limitées en terme de statut et de promotion dans la sphère de la qualification, alors que celles-ci se diversifient dans la sphère de la compétence ce qui est un atout pour une profession.



Dans le champ des professions paramédicales le « modèle de la compétence » risque d'exacerber le rapport de forces, chacune des professions multipliant des initiatives pour décrocher le contrat[9] (au sens de marché). Par ailleurs beaucoup d'ergothérapeutes ne travaillent-ils pas en dehors de la sphère hospitalière pour affirmer l'éventail de leur compétence ? Le statut de libéral ne coïncide-t-il pas avec cette logique de la compétence où les qualités professionnelles sont autrement reconnues ?

Finalement une profession n'existe que et à travers la concurrence à laquelle elle est amenée à participer. Certes l'administration par l'attribution de divers signes de reconnaissance a reconnu les qualités des ergothérapeutes, mais cette reconnaissance au lieu de contenter la profession a amené les agents qui la composent à prendre position pour obtenir de nouvelles positions. La position de dominé a entretenu des dispositions propres à engager les ergothérapeutes sur la voie d'un renouvellement de leur domaine d'intervention (thérapeutique). Cette capacité d'anticipation est révélatrice des enjeux professionnels dans le monde de la santé.

3. LES DISPOSITIONS DES ERGOTHERAPEUTES SONT EN LIEN AVEC LEUR PLACE DANS LE CHAMP DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

Dans le champ des professions paramédicales où l'administration tient une place prépondérante les comportements des agents sont soumis à des règles précises. Ces règles ont été apprises par les agents à mesure d'être mêlés au champ. Ce dernier a un pouvoir structurant qui amène les agents à avoir telles dispositions dans un contexte précis. Il ne s'agit pas de dire que tous les agents impliqués dans le même champ auront des dispositions similaires mais les opinions ou les représentations seront plus ou moins commandées par lui.

[9] Il ne s'agit pas d'obtenir des contrats commerciaux (au sens strict) mais néanmoins de gagner littéralement des parts de marché. Beaucoup d'associations (type loi 1901) se sont engagées sur la voie du maintien à domicile. Il faut souligner toutefois que le maintien à domicile est contrôlé par l'administration et qu'il faut par exemple un agrément pour pouvoir prendre en charge telle ou telle type de pathologie à domicile ou en institution hors hôpital. La dérégulation n'est pas tout à fait à l'ordre du jour. Quant au recrutement dans des associations qui sont chargées du maintien à domicile le contrat de travail est un contrat de droit privé, il n'y a pas obligation pour celles-ci d'embaucher telle ou telle profession paramédicale, cela reste à la discrétion de l'employeur. C'est ainsi que l'ergothérapeute sera amener à « vendre » ses compétences à celui qui sera le plus convaincu de son utilité.

3.1. Quelles dispositions pour quel vécu commun ?

Nous pouvons partir de l'hypothèse que des dispositions communes sont partagées par un ensemble d'agents à partir du moment où ils vivent une expérience commune, un vécu commun. Le vécu commun des ergothérapeutes n'est-il pas alimenté par la formation en école, par le contact avec le terrain ? N'y a t-il pas des conditions communes à l'origine de la constitution d'un habitus professionnel ?

Chaque ergothérapeute a un vécu professionnel individuel mais qui est largement assimilable à un vécu collectif. Celui-ci transparaît dans les réponses des ergothérapeutes interrogés, ils expriment individuellement les craintes et les espoirs (exemple de la réponse à la question 34) de « la » profession donc de « leur » profession et pas nécessairement des craintes pour leur propre poste. Ne se prononcent-ils pas au nom des ergothérapeutes plutôt qu'en leur nom ? Les conditions d'existence de la profession (rappelons qu'il ne s'agit pas de conditions de travail) sont des conditions objectives et objectivables telles que nous les avons décrites en terme de dotation en capital. Quand les ergothérapeutes prennent la parole c'est moins pour parler de relations de travail que de relations professionnelles. Chaque ergothérapeute possède donc une expérience professionnelle personnelle qui se traduit en un habitus individuel. Par exemple le vécu professionnel d'un ergothérapeute est construit à partir de diverses expériences : collaboration avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux, relations thérapeutiques avec les patients, contacts divers avec la hiérarchie médicale et administrative, etc. Ce vécu se traduit en dispositions c'est à dire en paroles, en points de vue, voire en états d'âme, en coups de colère, en craintes, en espoirs, en motivations, en besoins, en demandes, en interrogations diverses, etc. La durée de cette expérience, somme toute, n'est pas déterminante puisque des ergothérapeutes ayant peu d'ancienneté, ainsi que des étudiants en ergothérapie, ont un rapport à la profession proche des ergothérapeutes plus âgés. Est-ce l'école, le contact avec d'autres ergothérapeutes lors des stages qui les ont préparés à orienter leur opinion de la sorte ?

Il y a toujours cette tendance à associer espoirs et craintes dans la perception de « l'avenir » de la profession. Celle-ci tient-elle à la place qu'occupe objectivement (du point de vue de son statut) l'ergothérapeute ? Lorsque les ergothérapeutes interrogés expriment leur crainte de voir la profession s'engager dans un avenir « incertain », cela relève à la fois du conditionnement (les conditions de l'expérience professionnelle) et de l'observation de la situation générale de la profession. La prise en compte du facteur économique joue

pleinement dans la constitution des représentations des ergothérapeutes car le développement d'une profession dépend des moyens financiers ou matériels qui lui sont octroyés. Arrive en dernier lieu l'élément « politico-administratif » qui organise l'ensemble du champ ; l'ergothérapeute se fait-il encore beaucoup d'illusion sur la réalité d'une profession confrontée quasi-quotidiennement aux décisions ou non-décisions de l'administration ?

Il existe donc une unité de points de vue quel que soit l'âge de l'ergothérapeute, son ancienneté dans la profession et la nature de son employeur. Car la diversité des employeurs des ergothérapeutes (association, hôpital, institutions spécialisées, équipes d'intervention à domicile...) ne les empêchent pas d'incorporer une histoire commune. Les pratiques au quotidien des ergothérapeutes font partie d'un ensemble, d'un vécu commun d'où la relation entre l'habitus individuel et l'habitus de profession :

« Pour définir les rapports entre l'habitus de classe et l'habitus individuel (indissociable de l'individualité organique, immédiatement donnée à la perception immédiate - intuitus personae - et socialement désignée et reconnue – nom propre, personnalité juridique, etc.) -, on pourrait considérer l'habitus de classe (ou de groupe), c'est à dire l'habitus individuel en ce qu'il exprime ou reflète la classe (ou le groupe) comme un système subjectif mais non individuel de structures intériorisées, schèmes communs de perception, de conception et d'action, qui constituent la condition de toute objectivation et de toute aperception, et fonder la concertation objective des pratiques et l'unicité de la vision du monde sur l'impersonnalité et la substituabilité parfaites des pratiques et des visions singulières.[10] »

Dans le cas de la profession d'ergothérapeute, l'habitus individuel est-il une variante de l'habitus de classe (ou du groupe), est-il dans une certaine mesure transposable dans notre cas ? Les conditions de production d'un habitus individuel semblent identiques dans le principe au sein d'une classe comme au sein d'une profession. Les conditions sont peut-être encore plus accentuées dans le cas d'une profession à cause de sa position officielle dans le champ, une position largement labellisée (institutionnalisée) par l'administration à partir du classement par PCS.

Prises de position et appartenance de classe

Les prises de position des ergothérapeutes ne doivent-elles pas leurs caractéristiques à des déterminations en rapport avec l'appartenance de classe ? Sachant que pour un bon tiers les ergothérapeutes sont issus de la PCS 3 (profession du père cadre), les prétentions à gagner des positions plus importantes

[10] P. Bourdieu, Le sens pratique, Paris, Minuit, 1980, p.101

dans la hiérarchie professionnelle ne trouvent-elles pas leur origine dans cette appartenance ? Le classement de la profession dans la PCS 4 cantonne les ergothérapeutes dans une position intermédiaire particulièrement inconfortable. Cette classification en PCS 4 serait alors considérée comme une régression sociale par rapport aux parents eu égard à leur appartenance sociale (PCS 3).
Pour maintenir un style de vie, un mode de vie voire un rang identique à ceux des parents ils ont le choix entre la résignation ou la revendication. La tendance est plutôt d'opter pour la revendication et l'engagement.
Qu'en est-il alors des autres ergothérapeutes originaires d'autres PCS au caractère plus « modeste » notamment des PCS 5 et 6 (pour un tiers d'entre eux) ? L'interprétation est-elle identique à celle développée pour les ergothérapeutes issus de la PCS 3 ? L'appartenance en tant qu'ergothérapeute à la PCS 4 est lue comme une mobilité sociale ascendante donc une position moins sujette à revendications compte tenu de la trajectoire professionnelle.
Mais en la circonstance nous prétendons que les pratiques des ergothérapeutes sont plus déterminées par un habitus de profession qu'un habitus de classe. Les dispositions des ergothérapeutes, quelle que soit leur origine sociale, se définissent surtout par un vécu professionnel proche.

Au-delà, c'est donc une homogénéité des conditions qui est identifiable dans la spécificité de chaque vécu professionnel. Si l'on veut comprendre pourquoi les ergothérapeutes s'engagent dans la recherche, participent à des actions diverses de promotion de l'ergothérapie, c'est avant tout par rapport à la position qu'occupent les ergothérapeutes dans le champ. L'histoire de cette position est donc déterminante dans le degré d'engagement des ergothérapeutes dans le champ. Chaque trajectoire professionnelle est unique mais elle est le reflet de la trajectoire de l'ensemble de la profession. Quel est le rôle alors de l'ANFE si ce n'est de rappeler les ergothérapeutes à leur habitus commun, de réveiller les dispositions des agents impliqués dans les mêmes pratiques.

3.2. Le rôle de l'ANFE et de l'administration dans l'entretien de ces dispositions

Les responsables de l'ANFE ne manquent pas d'utiliser une même rhétorique celle de l'engagement, de la participation autour d'un projet commun unique : la promotion de l'ergothérapie. Tâche louable en soi mais qui ne prend tout son sens que dans un rapport de forces avec les autres professions au sein du champ. L'action de l'ANFE conforte les ergothérapeutes dans leur habitus de profession, dans leur disposition à se représenter la profession dans le champ professionnel tel qu'il est mis en avant par les membres actifs de l'association[11]. Le Bulletin de Liaison de l'ANFE est un moyen de rappeler que l'avenir d'une

[11] l'ANFE a organisé une journée d'étude le 24 mai 2002 sur le thème « Ergothérapie : perspectives identitaires ». Les titres des exposés de certains intervenants (qui étaient majoritairement des ergothérapeutes s'adressant à des ergothérapeutes) sont assez éloquents :

profession dépend aussi d'éléments extérieurs à la profession comme par exemple un changement de gouvernement ou l'adoption de nouvelles dispositions de remboursement des frais médicaux par la CNAM, etc. Les facteurs externes à la profession ne sont pas à négliger, beaucoup d'ergothérapeutes ont en conscience et bâtissent leur point de vue dans une dimension « politico-administrative ». Les discours des ergothérapeutes prennent acte de cette réalité. Un changement de direction d'hôpital ou le départ d'un chef de service aura moins de conséquence pour la profession qu'un changement de ministre de la Santé ou de ministre des Affaires sociales. S'attendre à des changements radicaux concernant la profession paraît exagéré lors de l'installation d'un nouveau cabinet ministériel mais un ministre animé d'une réelle volonté politique ne peut-il pas opérer des modifications importantes en imprimant de nouvelles directions à l'administration qui se charge de les appliquer ? Les ergothérapeutes ne se font pas d'illusion sur les capacités réactives du pouvoir politique et de l'administration à répondre à leurs attentes. Le conditionnel est souvent utilisé par les ergothérapeutes interrogés pour souligner leur doute des chances qu'un dossier aboutisse :

« La présence du passé dans cette sorte de fausse anticipation de l'avenir qu'opère l'habitus ne se voit jamais aussi bien, paradoxalement, que lorsque le sens de l'avenir probable se trouve démenti et que des dispositions mal ajustées aux chances objectives en raison d'un effet d'hystérésis (c'est l'exemple de Don Quichotte, cher à Marx) reçoivent des sanctions négatives parce que l'environnement auquel elles s'affrontent réellement est trop éloigné de celui auquel elles sont objectivement ajustées.[12] »

Les rapports entre une profession telle que l'ergothérapie et l'administration ne sont pas de l'ordre du conflit mais de l'ordre de l'incompréhension. Les habitus des agents des ministères sont produits selon des modalités différentes de ceux des ergothérapeutes. Les agents de l'administration fonctionnent sur le mode de l'attente, du gain de temps, de la volonté de prendre en considération tous les paramètres des dossiers, alors que les ergothérapeutes, animés pour la plupart par une volonté de promouvoir leur discipline, sont dans une démarche de demande (de reconnaissance, de moyens). Si ces demandes sont

---

1. « Les enjeux d'une meilleure identification de l'ergothérapie » (exposé en introduction de cette journée).
1. « Comment nommer la science qui fonde notre avenir professionnel ?»
1. « Singulier/pluriel, comment s'affirment nos références identitaires. »
1. « Eléments identitaires, propositions de définition fondamentales de l'ergothérapie. »

Ce sont des ergothérapeutes qui réfléchissent à leurs propres pratiques et au sens qu'ils doivent donner à celles-ci pour se positionner ou se repositionner dans le champ. L'ergothérapie est mise en perspective au regard de son histoire. Il y a bien là une concordance des dispositions chez les ergothérapeutes à s'interroger sur la place de l'ergothérapie dans l'espace professionnel.

[12] P. Bourdieu, opus cit., p. 104.

formulées c'est qu'elles ont des chances objectives d'aboutir : la réactualisation des décrets d'actes par exemple semble être une proposition réalisable. La difficulté pour l'administration est de mesurer les conséquences exactes d'une mise à jour d'un décret d'actes sur les relations interprofessionnelles. Le statu quo lui est préférable au changement aux conséquences plus incertaines. Par contre, n'est-il pas plus aisé pour l'administration d'évaluer les effets de l'instauration d'une nomenclature des actes en ergothérapie en sachant qu'elle implique indubitablement un coût économique[13] ? Introduire l'aspect économique dans le débat a cela d'intéressant qu'il évite toute véritable confrontation. L'administration détient à elle seule les informations économiques et comptables essentiels pour peser dans le rapport de forces et profite de ce pouvoir d'information pour renforcer sa légitimité.

Vécu professionnel et sens pratique

Quel rapport pratique a l'ergothérapeute à l'univers professionnel dans lequel il évolue ? L'ergothérapeute a une expérience du champ professionnel qui est le résultat de l'expérience professionnelle passée et présente. Etre impliqué dans le monde professionnel c'est avoir une forte probabilité de produire les mêmes pratiques selon des règles préétablies. Qu'est-ce que la pratique si ce n'est un comportement conforme à la structure du champ, aux règles qui y sont appliquées. A cet égard l'habitus individuel conduit l'agent a observé des pratiques spontanées dénuées d'une véritable réflexion sur le but de ces mêmes pratiques. Les pratiques des ergothérapeutes sont celles d'une profession inscrite dans un ordre professionnel où les carrières sont plus ou moins tracées à l'avance, les perspectives de gains (revenus) sont programmées malgré des possibilités de changer d'employeur toutefois. Bref, les jeux sont faits à l'avance, ce qui donne l'impression aux ergothérapeutes d'avoir une maîtrise pratique de leur vie professionnelle. Tout se passe conformément aux possibilités que leur offre l'environnement professionnel sans qu'ils aient l'impression de pouvoir ou vouloir agir sur lui :

« En revanche lorsqu'une situation nouvelle exige une réponse qui n'est pas déjà inscrite dans notre habitus, nous sommes bien obligés de réfléchir au problème qui se pose. C'est alors que nous quittons le plan du vécu, celui de la maîtrise pratique de la pratique, pour nous situer sur le plan du conçu, celui de la maîtrise symbolique de la pratique. Maîtriser symboliquement la pratique c'est devenir capable d'engendrer des pratiques non spontanées qui obéissent à des règles explicites, à des raisonnements formels. Ce sont les insuffisances, les lacunes, les échecs de la maîtrise pratique de la pratique qui suscitent le passage à la maîtrise symbolique et rationalisée. Autrement dit c'est là où les stratégies inconscientes et automatiques de l'habitus sont mises en échec qu'il faut leur substituer des stratégies conscientes et délibérées. » (A. Accardo, Initiation à la sociologie, Le Mascaret, Bordeaux, 1991, p.133)

Dès lors que les expériences passées échappent à tout examen ou regard critique les probabilités de reproduire les mêmes pratiques sont très fortes. A l'échelle de toute

[13] Coût économique parfaitement supportable selon les responsables de l'ANFE en comparaison avec les autres dépenses. Au contraire, ils parlent même d'économies car en accordant une nomenclature (donc un remboursement des actes) la possibilité de s'installer en libéral pour les ergothérapeutes existe, le maintien à domicile des patients est de ce fait encouragé, un dispositif qui au bout de compte est moins coûteux qu'une prise en charge en institution.

> une profession ces prédispositions ont un caractère inconscient, prêtes à se couler dans le moule. Mais à l'opposé, elles renferment aussi une capacité de réaction à partir du moment où des situations nouvelles apparaissent, où des enjeux professionnels de taille se manifestent.

L'ergothérapeute porte sur l'avenir de la profession un regard qui est largement entretenu par les informations transmises par l'administration. N'ayant pas toutes les données en main il suppose que la promotion de l'ergothérapie relève effectivement et objectivement de conditions économiques que seule l'administration est capable de jauger. Ce que certains observateurs appellent communément la crise de l'Etat-providence, donc du système de protection sociale, devient une source de (re)légitimation de la position de l'administration dans la mesure où elle est obligée de procéder à de nouveaux arbitrages budgétaires dans un contexte de « crise » et « d'augmentations structurelles des dépenses de santé ». L'administration développe une stratégie qui tend à lui donner un aplomb dans l'espace des représentations. N'imprime-t-elle pas une certaine logique au champ professionnel qui influence les représentations des agents « pris » dans ce champ ? Face à la stratégie déployée par l'administration les ergothérapeutes n'ont-ils pas d'autres choix que de s'interroger sur le type de stratégie que eux doivent adopter pour ne pas se laisser entraîner dans un conformisme de bon aloi ?

L'étude d'une profession comme l'ergothérapie contient un intérêt pour l'observateur, elle permet de découvrir les mécanismes par lesquels une discipline (ici de la rééducation et de la réadaptation) cherche à obtenir des marques de reconnaissance qui lui confèrent par la suite une position donnée par rapport aux autres professions. L'administration, dans le cas des professions paramédicales, joue pleinement sa fonction de régulation pour contenir chaque profession dans un domaine d'intervention réservé. Elle n'évite toutefois pas les tensions qui peuvent naître lorsque les ergothérapeutes affirment maîtriser d'autres domaines de compétences. Une profession n'est pas une discipline figée dans la division du travail de la santé, mais elle s'inscrit dans une dynamique de positionnement eu égard à l'évolution des techniques thérapeutiques et des besoins en soins.

CONCLUSION

Les décisions de l'administration participent à la construction des représentations des ergothérapeutes sur leur profession. L'administration possède ce pouvoir de réglementation qui fait sa spécificité, elle organise et régule la profession d'ergothérapeute dans plusieurs domaines et à des degrés divers : du contrôle des pratiques professionnelles à la réforme des études paramédicales par exemple. De plus, elle doit veiller à l'application des projets gouvernementaux à l'image de celui-ci lancé en novembre 2003 dans le cadre d'un « programme d'action » à l'échelle nationale pour venir en aide aux personnes dépendantes et notamment aux personnes âgées. Mais les ergothérapeutes sont-ils des spectateurs indifférents à ces évolutions ? Et dans quelle mesure prennent-ils en compte cette dimension réglementaire de leur profession ?

L'ANFE essaye de monter la voie, oeuvrant pour la promotion et la reconnaissance de la profession elle joue le rôle de contrepoids institutionnel (avec l'UIPARM) face à l'administration tandis que sur le terrain, au quotidien, les ergothérapeutes disposent de leur savoir mais aussi de leur savoir-faire pour initier des projets, pour informer les patients, pour monter des équipes d'intervention à domicile, etc. La réadaptation comme discipline thérapeutique exige des compétences multiples qui vont au-delà du domaine strict des savoirs dispensés à l'école, elle réclame un engagement, un état d'esprit et une ouverture aux autres professions paramédicales. Ici apparaissent les limites de l'encadrement d'une profession par l'administration.

CONCLUSION GENERALE

Une question de représentation

Etudier l'objet « ergothérapie » pour un observateur, n'est-ce pas d'abord s'intéresser à la représentation qu'ont les ergothérapeutes de l'ergothérapie ? Nous pourrions dire que chaque ergothérapeute possède sa propre perception de l'ergothérapie en fonction des expériences vécues, des relations avec d'autres collègues sur le lieu de travail, bref en fonction d'une histoire qui n'est autre que la confrontation entre un ergothérapeute et le monde professionnel dans lequel il est plongé. Impliqué dans l'univers professionnel l'ergothérapeute a une représentation de l'ergothérapie qui est à la fois idéalisée (celle qui renvoie à ses années de formation à l'école) et réalisée (celle qui fait état de la réalité du monde professionnel au travers des années de pratiques ergothérapiques). Les étudiants en ergothérapie qui suivent la formation sur trois ans cultivent-ils les mêmes représentations que les ergothérapeutes en exercice malgré leur manque d'expériences professionnelles ? Car à force d'accumuler des expériences donc de l'ancienneté il apparaît que les ergothérapeutes en exercice, lorsqu'ils évoquent leur perception de l'ergothérapie, parlent moins de leur expérience professionnelle propre que de la réalité de la profession au regard des enjeux qui l'entourent. Donc la profession d'ergothérapeute est plutôt décrite et perçue comme un

ensemble collectif mêlé à un univers institutionnel global que comme une expérience professionnelle individuelle limitée à la vie au travail dans un service hospitalier par exemple.

Cette inclination assez nette à décrire les enjeux de l'univers professionnel ne revient pas uniquement aux ergothérapeutes les plus âgées et ayant le plus d'ancienneté, jeunes ergothérapeutes et étudiants adoptent aussi ce type de posture. Par exemple en indiquant au travers de l'enquête que la profession d'ergothérapeute a « beaucoup de perspectives » certains ergothérapeutes interrogés prennent position. Il est vrai que l'ergothérapie est une discipline qui couvre de nombreux domaines touchant à la fois au médical et au social, un large éventail de compétences que les ergothérapeutes considèrent comme un avantage, ne faut-il pas dès lors le valoriser ? L'ANFE, en tant que porte-parole, fait précisément état dans les plaquettes et les revues du large répertoire des facultés des ergothérapeutes. Dans la production d'un discours promotionnel ne participe-t-elle pas à la construction des représentations du monde professionnel des ergothérapeutes ? Ne cherche-t-elle pas à entretenir une prise de conscience chez les ergothérapeutes de la réalité des enjeux professionnels auxquels ils sont confrontés ?

La concurrence entre les professions paramédicales

La thématique qui se développe autour du retour à domicile par exemple mobilise particulièrement les ergothérapeutes, pourquoi ? Spécialisés dans le domaine de la réadaptation les ergothérapeutes voient dans le retour ou le maintien à domicile des patients ou des personnes âgées une solution en matière de prise en charge à cause du confort supplémentaire qu'il induit mais aussi à cause des économies que les organismes de remboursement des frais médicaux peuvent réaliser. Les ergothérapeutes se placent ainsi au cœur d'un débat à la fois à caractère médical, social et économique. A ce stade, les ergothérapeutes sont confrontés à d'autres professions telles que les kinésithérapeutes, les infirmiers mais aussi les conseillers[1] en économie sociale et familiale, les aides soignantes, qui sont tout aussi intéressés par les perspectives que recèle le retour à domicile. Cette situation génère un rapport de forces où chaque profession présente ses atouts ; en somme, il s'installe une concurrence équivalente à celle qui s'établit entre des entreprises qui veulent conquérir des parts de marché. Aussi, le monde des professions paramédicales peut-il « aller de soi » dans un climat de concurrence ? La survie de l'ergothérapie est-elle en jeu ? Dans ces

[1] Dénomination que nous accordons au masculin.

conditions la profession d'ergothérapeute n'apparaît pas comme une profession « établie » sous la forme d'une discipline thérapeutique reconnue par une instance officielle mais en revanche elle est plutôt soumise à une concurrence qui remettrait en cause ses attributs.

Nous sommes bien en présence d'une confrontation entre plusieurs visions du monde professionnel, chacune des professions cherchant à s'accaparer de nouveaux domaines d'intervention au nom de la maîtrise de (nouvelles) compétences. Quelle est la profession qui a la capacité alors de s'imposer face aux autres ? Au sein des professions soumises à une forte réglementation comme les professions paramédicales l'administration possède un véritable pouvoir d'arbitrage. Le débat se déplace donc vers la question de la réactualisation par l'administration du décret d'actes sur lequel sont assis précisément les domaines d'intervention des professions paramédicales. En attendant une telle réactualisation, les professions marquent leur territoire de compétence par des publications scientifiques, par l'organisation de colloques, par des actions de promotion diverses, par la mise en place de la formation continue. De sorte que l'existence de la profession d'ergothérapeute se résumerait presque à la question de sa confrontation avec d'autres professions. Pourquoi ?

L'encadrement strict des pratiques thérapeutiques est nécessaire pour assurer la bonne collaboration entre les professions. C'est le rôle du décret d'actes. Certes tel chef de service dans un hôpital par exemple ne rappelle pas tous les matins à l'ensemble du personnel sous sa direction les actes que sont tenues d'observer les professions en présence, le décret d'actes jouant ce rôle de référence formel et symbolique en fixant la division du travail thérapeutique. Toutefois s'il est trop flou ou trop imprécis, il laisse place à des interprétations qui se traduisent sur le terrain par des tensions perceptibles notamment dans les structures de soins en psychiatrie ou dans une structure d'hospitalisation à domicile. Mais globalement, c'est dans le domaine de la réadaptation que l'ergothérapeute est susceptible d'être confronté à d'autres professions qui revendiquent un certain niveau de compétence légitime.

La constitution d'un groupe professionnel

Développer une réflexion sur la profession d'ergothérapeute nous amène donc nécessairement à nous intéresser sur la place d'une profession par rapport à d'autres. Le processus d'identification à une profession ne se réalise qu'à travers les rapports que des agents issus d'une même formation entretiennent avec d'autres agents se réclamant d'une autre formation. Ces formations débouchant sur l'appartenance à une profession. En cela, la sociologie de P. Bourdieu et les concepts qu'il développe nous semblent utiles. Les

témoignages et les points de vues que nous avons recueillis tout au long de ce travail sont autant de révélateurs des conditions dans lesquelles s'opèrent ces rapports entre professions. Nous nous sommes surtout attachés à montrer que la notion même de profession est à relativiser c'est-à-dire qu'elle doit être elle-même sujette à critique. Parler d'un sujet collectif « ergothérapeute », au sens où chaque ergothérapeute se reconnaîtrait dans les traits de son collègue de travail lui-même ergothérapeute, est hasardeux :

« Ce qu'il faut d'abord analyser, y compris pour comprendre les actions « individuelles » des personnes singulières, ce sont les mécanismes par lesquels, dans le jeu de la vie sociale, les agents se regroupent, s'identifient à des représentations collectives, se dotent d'institutions et de porte-parole autorisés à les personnifier et engendrent ainsi des formes sociales qui ont toutes les apparences de personnes collectives.[2] »

Ce qui importe donc déjà c'est la manière dont est construit le groupe professionnel, la façon dont il est objectivé par l'administration d'abord, par le public ensuite. Nous sommes bien dans un processus de construction symbolique, d'abord par le biais du classement établi par l'INSEE, ensuite par l'administration qui lui garantit une certaine forme d'existence à travers l'organisation d'une formation, la création du diplôme d'Etat, l'établissement du décret d'actes, etc. Parle-t-on dès lors d'une profession « probable » plutôt que d'une profession « théorique » ou d'une profession « sur le papier » selon les expressions utilisées par P. Bourdieu à propos des classes sociales ? Il ne fait pas de doute qu'une fois officialisée une profession aurait (à travers ses représentants officiels surtout, ici les responsables de l'ANFE) justement tendance à entretenir les conditions de sa perpétuation. La participation à une formation commune stimule-t-elle le sentiment d'appartenance à une discipline ? Parler d'un esprit d'école identique à celui qui existe dans les Grandes écoles ou certaines écoles de commerce est largement exagéré parce qu'il n'existe pas une école d'ergothérapie mais plusieurs et que s'il y a homogénéisation de la formation des ergothérapeutes, elle n'implique pas l'entretien d'une culture commune de la réussite telle qu'elle est présente ailleurs. Quand nous interrogeons un ergothérapeute (dans le cadre de notre enquête) sur « l'avenir » de l'ergothérapie, s'exprime-t-il en son nom ou au nom de toute la profession [3]? Autrement dit, les ergothérapeutes développent-ils des schèmes de pensée identiques propres à les classer dans un même groupe professionnel ? Le simple fait de classer les ergothérapeutes dans une

[2] L. Boltanski, Les cadres, La formation d'un groupe social, Minuit, Paris, 1982, p. 83.

[3] D'ailleurs l'intérêt que nous portons à traiter un sujet comme la profession d'ergothérapeute n'est-il pas propre à déclencher un sentiment d'appartenance ? L'intitulé de notre questionnaire est : « Enquête sur la profession d'ergothérapeute. » Comme si l'association entre la notion de « profession » et la discipline « ergothérapie » était acquise et clairement formalisée. La position du chercheur est toujours délicate, ne provoque-t-il pas des réponses qui vont dans le sens de ce qu'il attend ?

PCS parmi d'autres professions de la rééducation suffit-il à entretenir une conscience d'appartenance à un groupe professionnel ? Même si ce classement s'appuie sur des critères objectifs il ressemble à un regroupement « théorique » peu en accord avec la réalité. Un classement par PCS a cela de réducteur qu'il ignore d'une certaine façon la dynamique de mobilisation des agents autour d'une histoire qui est celle d'un mouvement d'intériorisation des expériences que nous appellerons professionnelles (vécues dans le cadre de la vie professionnelle) :

« On pourrait ainsi construire des hypothèses sur la formation et les propriétés des instruments cognitifs (schèmes, catégories, concepts, etc.) au moyen desquels les agents pensent le groupe et leur appartenance au groupe sans les rapporter à la structure du groupe et à son histoire, dont ces instruments sont le produit intériorisé et réifié, et qu'ils reproduisent à leur tour chaque fois qu'ils sont mis en pratique.[4] »

Le point de vue d'un ergothérapeute n'est-il pas l'expression de l'intériorisation de catégories de pensée, fait de domination et d'acceptation d'un état des choses issu d'un rapport aux autres professions et à l'administration?

Des prédispositions à défendre la profession

En cela le social s'impose aux individus qui, par leurs déclarations, restituent le social. Les représentations des ergothérapeutes telles que nous les avons mentionnées au travers de leurs différents points de vue témoignent d'une prise en compte de contraintes, de rapports de domination. On est bien en présence d'un habitus de profession en relation avec un champ :

« La relation entre l'habitus et le champ est d'abord une relation de conditionnement : le champ structure l'habitus qui est le produit de l'incorporation de la nécessité immanente de ce champ ou d'un ensemble de champs plus ou moins concordants. (...) Mais c'est aussi une relation de connaissance ou de construction cognitive : l'habitus contribue à constituer le champ comme signifiant, doué de sens et de valeur, et dans lequel il vaut la peine d'investir son énergie.[5] »

La relation entre l'habitus et le champ n'est pas figée mais en constante évolution et les réponses des ergothérapeutes, leurs points de vue sont des signaux d'une situation donnée : la situation d'une profession dans le contexte de contraintes qui pèsent sur elle. Parmi les contraintes il y a celles relatives au pouvoir de l'administration. Cette dernière fixe les règles

[4] L. Boltanski, Opus cit., p. 463.
[5] P. Bourdieu avec L. D. Wacquant, Réponses ... Pour une anthropologie réflexive, Paris, Seuil, 1992, p. 103.

du jeu et provoque les enjeux. Il est bien question d'un conditionnement de la façon dont les ergothérapeutes se représentent la profession. Nous pourrions même ajouter que les ergothérapeutes sont des individus déterminés par les conditions dans lesquelles la profession est traitée par l'administration. Or nous nous apercevons que les réponses des ergothérapeutes sont moins le reflet a priori d'un déterminisme quelconque, produit de l'histoire de la profession, que d'une capacité de réactions, de réflexion, « d'(auto)détermination » (selon l'expression de P. Bourdieu). Il ressort des différents articles dans les revues spécialisées et des interventions dans les Bulletins de Liaison de l'ANFE que les ergothérapeutes veulent avoir une certaine prise sur la réalité. Le champ auquel ils participent est bien un champ des rapports de forces où il persiste une sorte de volonté de modifier l'ordre des choses. Mais l'agent ergothérapeute ne se rend-t-il pas vite compte de la limite de la possibilité de changer l'ordre social (ici l'ordre professionnel) et que son engagement ne fait finalement que le reproduire ? Il existe bien une sorte de fatalité à ne pas pouvoir changer les choses tout en espérant les changer. La traduction de ce type de comportement est dans l'emploi du conditionnel : « Si l'administration pouvait accorder plus de moyens... [6]» L'ergothérapeute est donc bien cet individu agissant, disposé à réagir selon les contraintes qu'imposent l'administration. Depuis le début des années 1970, la profession d'ergothérapeute capitalise l'équivalent de marques de reconnaissance avec l'institution d'un diplôme d'Etat, la rédaction d'un décret d'actes, l'accès au titre de cadre de santé, toutefois l'administration se montre réticente à en accorder d'autres. La réponse des ergothérapeutes, eu égard à la position de l'administration, est alors de développer diverses stratégies. Dans un champ où les rapports de forces se transforment aisément en rapport de luttes, user de stratégies est conforme à l'idée que l'on se fait des pratiques. Celles-ci sont déterminées jusqu'à un certain point pour laisser la place à un « espace des possibles »:

« Une pratique singulière peut-être considérée comme une stratégie qui prend sens par référence au système des positions occupées à un moment donné, dotées chacune d'une valeur déterminée et estimable notamment à travers les possibles autorisés ou interdits. Et ce principe de réalité du champ, qui habite jusqu'à un certain point les agents, n'est pas incompatible avec ce qui paraît le contredire, les audaces, les expérimentations, les bluffs, les faux pas.[7] »

---

[6] Nous ne faisons ici que de traduire en une phrase-clé représentative d'un certain nombre de points de vue que nous avons rapportés dans notre développement.

[7] L. Pinto, P. Bourdieu et la théorie du monde social, Albin Michel, Paris, 1999, p. 86-87.

L'habitus des ergothérapeutes les conduit à observer un certain nombre de pratiques qui font sens. La confrontation avec les autres professions paramédicales sur la question des frontières de compétence par exemple mobilise les ergothérapeutes et les amène à participer à des actions diverses de promotion de la profession. Parte-t-on alors de stratégie de conquête, de stratégie de positionnement vis-à-vis d'autres professions qui elle-mêmes ne sont pas en reste pour déployer d'autres stratégies ?

Le caractère administré du champ

Chaque profession mandatée par l'administration, dotée de son capital symbolique, cherche à maintenir voire à gagner de nouvelles positions :

« Dans la lutte symbolique pour la production du sens commun ou, plus précisément, pour le monopole de la nomination légitime comme imposition officielle – c'est-à-dire explicite et publique – de la vision légitime du monde social, les agents engagent le capital symbolique qu'ils ont acquis dans les luttes antérieures et notamment tout le pouvoir qu'ils possèdent sur les taxinomies instituées, inscrites dans les consciences ou dans l'objectivité, comme les titres.[8] »

L'administration organise la distribution des positions légitimes dans le champ professionnel. Mais ces positions ne sont pas définitivement admises. Encore une fois le classement par PCS n'est-il pas perçu comme une situation d'une profession à un moment donné ? Le discours que tiennent les ergothérapeutes sur la profession est à la fois un discours en rapport avec les autres professions et un état des lieux des possibilités de changer ce rapport. Les ergothérapeutes tirent un avantage symbolique et matériel à être classé dans la même catégorie que les autres professions paramédicales (la profession infirmière par exemple) compte tenu de la jeunesse de leur discipline. Le diplôme d'Etat d'ergothérapeute attribue un niveau de qualification, il donne droit un niveau de rémunération identique à celui de l'ensemble des professions paramédicales, bref il accorde une place dans la division du travail médical.

Seulement, les ergothérapeutes ne sont pas à l'abri d'une forme de dévaluation symbolique de leur titre et par la même de leur position. Ceci peut s'observer sur le lieu de travail mais aussi à la vue des délais qu'observe l'administration pour accorder de nouvelles gratifications comme un renouvellement du décret d'actes des ergothérapeutes qui au passage

[8] P. Bourdieu, Espaces social et genèse des classes, Actes de la recherche en sciences sociales, 1984, N° 52/53, p.7.

impliquerait une refonte complète des autres décrets d'actes des autres professions paramédicales. Par ailleurs, la promotion de l'ergothérapie ne dépend pas du marché c'est-à-dire de la loi de l'offre et de la demande[9] mais bien de décisions administratives qui fixent par exemple un quota d'admis dans les différentes écoles. Mais plus prosaïquement, nous pourrions dire que l'administration « fait son marché » en fonction de ce qu 'elle croit être le niveau de la demande de prise en charge en ergothérapie. L'ergothérapie est soumise donc à une réglementation quantitative et qualitative comme tout personnel qui travaille dans l'administration. Pour échapper d'une certaine manière à ces contraintes réglementaires et à une dévaluation symbolique de leur titre et de leur position certains ergothérapeutes choisissent une sorte de troisième voie[10], c'est à dire la voie associative. Ce choix répondrait-il à une stratégie particulière pour privilégier le poste de travail plutôt que le titre ? En optant pour un poste de technicien d'insertion dans les SRAI à l'AFM un ergothérapeute cherche-t-il à abandonner son titre pour un poste plus valorisant à son goût, plus en rapport à ce qu'il croit être l'ergothérapie ? Il est clair qu'en occupant un poste de technicien d'insertion (en liaison avec le titre qui lui est attribué par l'AFM) l'ergothérapeute ne donne-t-il pas une autre dimension à sa formation, à son passé professionnel ?

Il y a là une façon de mettre en valeur des compétences qui ne figurent pas dans le décret d'actes officiel des ergothérapeutes. Le recrutement au sein d'une association se fait sur la base du diplôme et donc de la qualification mais aussi en fonction des compétences mobilisables. Il est vrai que les ergothérapeutes revendiquent un vaste panel de possibilités d'intervention et donc ne mérite-t-il pas d'être valorisé ? La référence au décret d'actes reste toutefois un absolu dans la mesure où la définition réglementaire des actes prime sur toute autre forme d'interprétation de la pratique ergothérapique. Donc les ergothérapeutes sont avant tout des thérapeutes habilités à pratiquer des actes conformément au texte réglementaire. Dans la distribution des titres l'administration donne ainsi des garanties mais ce sont moins celles que procure l'administration qui risquent de forger un esprit de groupe que la lutte pour en obtenir de nouvelles. Les actions menées sur le terrain par les

---

[9] Si une discipline était soumise sur le marché du travail à la seule loi de l'offre et de la demande peut-être que l'ergothérapie en tant que service bénéficierait d'une valeur marchande très importante. Les ergothérapeutes interrogés évoquent les besoins de prise en charge croissants en ergothérapie, en cela comprennent-ils que la promotion de l'ergothérapie passerait par le marché ? Mais le risque de laisser faire le marché n'est-il pas que face à une demande croissante en ergothérapie le nom de cette discipline serait usurpé par des praticiens qui se décerneraient le titre « d'ergothérapeute » ? En somme, la non-réglementation d'une pratique professionnelle ne comporterait-elle pas plus de risques pour la promotion de cette profession qu'elle ne contiendrait d'avantages ?

[10] La troisième voie serait une voie intermédiaire entre le statut de libéral (tout en sachant que c'est un exercice particulièrement délicat en raison de l'absence de nomenclature) et le statut de salarié en institution hospitalière par exemple.

ergothérapeutes pour la promotion de la profession ajoutées à celles organisées par l'ANFE ne sont-elles pas le reflet d'un état des rapports de lutte pour des positions nouvelles ?

Pour l'observateur du monde professionnel (paramédical) il s'agit moins de montrer comment l'identité professionnelle se construit sur le lieu de travail au contact des collègues, de la hiérarchie et des patients que de s'évertuer à saisir des dispositions d'agents impliqués dans un champ. Ce ne sont pas strictement les conditions de travail, les contacts sur le lieu de travail qui doivent attirer notre attention mais les rapports professionnels structurés sur le mode de la domination et de la concurrence. Il importe pour l'observateur de prendre en compte la réalité du champ et de repérer la distribution des positions occupées dans celui-ci. C'est au sociologue de répertorier les prises de position des agents, éléments symptomatiques des conditions de la production et de la reproduction des positions dans le champ. Les enjeux se déroulent dans la sphère politico-administrative pour ensuite se matérialiser sur le terrain. L'ANFE ne cherche pas à transmettre une culture commune aux ergothérapeutes mais à rendre les adhérents attentifs aux enjeux professionnels. C'est en cela que les ergothérapeutes sont pris dans le jeu :

« Un champ en tant que jeu structuré de manière souple et peu formalisé – ou même une organisation bureaucratique en tant que jeu artificiellement structuré et construit en vue de fins explicites - n'est pas un appareil obéissant à la logique quasi-mécanique d'une discipline capable de convertir toute action en simple exécution, limite jamais atteinte, même dans les « institutions totales. » (...) Le jeu bureaucratique, sans doute le plus réglé de tous les jeux, comporte pourtant une part d'indétermination ou d'incertitude (ce que, dans un mécanisme, on appelle le « jeu »).[11] »

Dans le jeu des rapports entre professions l'administration est reconnue comme un arbitre mais si celle-ci renonce à prendre une décision c'est le terrain qui prend le relais sous la forme d'un rapport de concurrence. Chaque profession bénéficie d'une dotation en capital qui lui confère une position dans le champ. La profession n'est en quelque sorte qu'un mot mais elle participe à la construction de la réalité d'un monde, le monde professionnel. L'intervention de l'administration confirme donc les professions dans leurs attributs, dans leur classement et veille ensuite à ne pas modifier les choses de manière radicale. Une situation qui justifie donc les luttes de classement puisque les professions sont traitées comme une catégorie. Le jeu consiste alors à bouleverser le classement tel qu'il est conçu ou perçu.

---

[11] P. Bourdieu, Droit et passe-droit, Le champ des pouvoirs territoriaux et la mise en œuvre des règlements, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 81/82, 1990, p. 88.

Mais l'espace des possibilités qui s'offre aux ergothérapeutes dans le champ des professions paramédicales est limité compte tenu de leur position et de celles des professions « concurrentes ». De plus, les ergothérapeutes sont limités dans l'organisation et la promotion de leur propre profession à la différence des médecins qui malgré la multiplication des statuts et des spécialités (généralistes, spécialistes, hospitaliers...) maîtrisent les instruments de la domination par leur représentativité dans des instances décisionnelles à caractère administratif et réglementaire à l'image du CSPP (Conseil supérieur des professions paramédicales) ou de la Commission pédagogique nationale. La hiérarchie est ainsi respectée et le cloisonnement des compétences largement entériné. Les dominants dans le champ vérifient régulièrement le poids des rapports pour déployer le cas échéant de nouvelles stratégies dans le but de préserver leur place. « Les ergothérapeutes seront d'autant plus forts qu'ils sont unis » est un discours largement entendu mais la réalité des enjeux fait que les dominants ont la capacité de changer les règles du jeu en les orientant conformément à leurs intérêts (dans le monde professionnel on parle d'avantages acquis). L'introduction de l'UIPARM comme pièce maîtresse dans le jeu a modifié quelque peu les rapports de forces mais sans en bouleverser les règles fondamentales. L'administration sous la forme d'une instance de régulation légale et légitime structure le champ des professions paramédicales et participe largement à sa perpétuation sans vraiment chercher à revenir sur ses effets qui se manifestent dans les inégalités des positions et la distribution inégale des atouts.

ANNEXE 1

ENQUETE SUR LA PROFESSION D'ERGOTHERAPEUTE

1) Quel est votre âge ? .....

2) Sexe : M () F ()

3) Années d'ancienneté dans la profession ? .....

4) Êtes-vous titulaire du BAC ? OUI () NON ()

- Si OUI, quelle série (série S ou série D ou F8.....) ?.....

5) Avez-vous occupé une autre profession avant celle d'ergothérapeute ? OUI () NON ()

- Si OUI laquelle : .....

6) Avez-vous suivi ou interrompu une autre formation (universitaire par exemple) avant d'entrer à l'école d'ergothérapie ? OUI () NON ()

- Si OUI, laquelle ?.....

7) Comment avez-vous eu connaissance du métier d'ergothérapeute ?.....

8) Avant d'entrer à l'institut de formation en ergothérapie aviez-vous une idée précise de ce qu'est la profession d'ergothérapeute ? OUI () NON ()

SITUATION MATRIMONIALE

9) Vivez-vous en couple ? OUI () NON ()
Si NON, passez directement à la question 13

10) Quelle est la profession de votre conjoint ? .....

11) Votre conjoint travaille-t-il ?
- A son propre compte (comme artisan, commerçant, prof. Libérale...) ()
- Comme salarié de l'Etat ou d'une autre administration publique ()
- Comme autre salarié ()
- Autre situation :.....

12) Quels sont les diplômes les plus élevés que possède votre conjoint?
- Aucun diplôme ()
- Certificat de fin d'études primaires (CEP) ()
- Brevet d'études du 1° cycle (BEPC, fin troisième) ()
- CAP (Certificat d'aptitude professionnelle) ou BEP (Brevet d'etude professionnelle) ou niveau équivalent ().
- BAC général ou BAC technicien ou diplôme de niveau équivalent (brevet de maîtrise par exemple) ()
- Diplôme universitaire de premier cycle (DEUG, BTS, DUT,...) ()
- Diplôme universitaire de 2° ou de 3° cycle (licence, maîtrise, DEA, doctorat...) ou diplôme d'une grande école ou école d'ingénieur ()
- Diplôme des professions de la santé (professions paramédicales, médecins,...) ou du travail social (assistante sociale, éducateur,...) ()
- Autre : .....

SITUATION PROFESSIONNELLE DE VOTRE PERE

Si votre père est retraité, au chômage, inactif ayant déjà travaillé ou s'il est décédé, décrire sa dernière situation professionnelle.

13) Quelle est la profession de votre père ? .....

14) Votre père travaille-t-il ?
- A son propre compte (comme artisan, commerçant, prof. Libérale...) ()
- Comme salarié de l'Etat ou d'une autre administration publique ()
- Comme autre salarié ()

15) Quels sont les diplômes les plus élevés que possède votre père?
- Aucun diplôme ()
- Certificat de fin d'études primaires (CEP) ()
- Brevet d'études du 1° cycle (BEPC, fin troisième) ()
- CAP (Certificat d'aptitude professionnelle) ou BEP (Brevet d'etude professionnelle) ou niveau équivalent ()
- BAC général ou BAC technicien ou diplôme de niveau équivalent (brevet de maîtrise par exemple) ()
- Diplôme universitaire de premier cycle (DEUG, BTS, DUT,...) ()
- Diplôme universitaire de 2° ou de 3° cycle (licence, maîtrise, DEA, doctorat...) ou diplôme d'une grande école ou école d'ingénieur ()
- Diplôme des professions de la santé (professions paramédicales, médecins,...) ou du travail social (assistante sociale, éducateur,...) ()
- Autre : .....

SITUATION PROFESSIONNELLE DE VOTRE MERE

Si votre mère est retraité, au chômage, inactive ayant déjà travaillé ou si elle est décédée, décrire sa dernière situation professionnelle. Si elle est « sans profession » indiquez-le à la réponse à la question 16

16) Quelle est la profession de votre mère ? .....

17) Votre mère travaille-t-elle ? OUI () NON ()
Si OUI :
- A son propre compte (comme artisan, commerçante, prof. Libérale...) ()
- Comme salariée de l'Etat ou d'une autre administration publique ()
- Comme autre salariée ()

18) Quels sont les diplômes les plus élevés que possède votre mère?
- Aucun diplôme ()
- Certificat de fin d'études primaires (CEP) ()
- Brevet d'études du 1° cycle (BEPC, fin troisième) ()
- CAP (Certificat d'aptitude professionnelle) ou BEP (Brevet d'etude professionnelle) ou niveau équivalent ()
- BAC général ou BAC technicien ou diplôme de niveau équivalent (brevet de maîtrise par exemple) ()
- Diplôme universitaire de premier cycle (DEUG, BTS, DUT,...) ()
- Diplôme universitaire de 2° ou de 3° cycle (licence, maîtrise, DEA, doctorat...) ou diplôme d'une grande école ou écolé d'ingénieur ()
- Diplôme des professions de la santé (professions paramédicales, médecins,...) ou du travail social (assistante sociale, éducateur,...) ()
- Autre : .....

LE CADRE DE TRAVAIL

19) Travaillez-vous ? « en libéral » () en institution (salarié) ()
Si vous exercez « en libéral » les questions qui suivent ne vous concernent pas (passez directement à la question 26)

20) Dans quel type d'institution travaillez-vous ?
- En hôpital public ou privé ()
- En établissement pour enfants et adultes handicapés ou en difficulté ()
- En établissement d'hébergement pour personnes handicapées ()
- Autre :.....

21) Travaillez-vous ? A temps plein () A temps partiel ()

22) Pourriez-vous nous indiquer environ votre rémunération mensuelle ?.....

23) Quelles sont la ou les raisons principales qui vous font renoncer à vous installer « en libéral » aujourd'hui ?
- L'absence de nomenclature et le risque financier qui en découle ()
- L'apparition de nouvelles contraintes (horaires notamment) ()
- L'absence de sécurité d'emploi ()
- Autre : .....

24) Considérez-vous que l'organisation du travail dans laquelle vous évoluez est :
- Contraignante ()
- Assez contraignante ()
- Peu contraignante ()
- Ne sais pas ()

25) La collaboration entre les médecins et les autres professions paramédicales au sein de votre service vous paraît-elle :
- Bonne ()
- Assez bonne ()
- Insuffisante ()
- Inexistante ()
- Ne sais pas ()

26) Quelles sont vos motifs de satisfaction ou d'insatisfaction dans cette profession ?
(Mettez une croix dans la case correspondante)

	SATISFAIT	PLUTOT SATISFAIT	INSASTISFAIT	NE SAIS PAS
Relations avec le patient				
Relations avec la hiérarchie (Médecins....)				
Relations avec les collègues (autres paramédicaux...)				
Rémunération				
Responsabilités				
Horaires de travail				

AVENIR

27) Avez-vous envisagé de changer d'emploi, d'arrêter la profession d'ergothérapeute ? OUI () NON ()

- Si OUI, pourquoi ?.....

28) Participez-vous ou avez-vous participé à des projets de recherche en ergothérapie ? OUI () NON ()

29) Êtes-vous un(e) adhérent(e) de l'ANFE ? OUI () NON ()

30) Avez-vous déjà participé à des actions pour défendre votre profession ou pour mieux la faire connaître? OUI () NON ()

- Si OUI, dans quelles circonstances ?.....

.....

- Si NON, pourquoi ?.....

.....

31) Pensez-vous que la profession d'ergothérapeute est connue :

- Du « grand public » : Plutôt OUI () Plutôt NON () NE SAIS PAS ()
- Des médecins : Plutôt OUI () Plutôt NON () NSP ()
- Des autres professions paramédicales : Plutôt OUI () Plutôt NON () NSP ()
- De l'Administration (hôpitaux, direction des affaires sanitaires et sociales...) : Plutôt OUI () Plutôt NON () NSP ()

32) Quels sont les aspects de la profession d'ergothérapeute qui vous semblent les plus intéressants ?

.....

.....

.....

33) Quels sont les aspects de la profession d'ergothérapeute qui vous semblent les moins intéressants ?

.....

.....

.....

34) D'une manière générale comment voyez-vous l'avenir de l'ergothérapie ?

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 2

ENQUETE SUR LES ETUDIANTS EN ERGOTHERAPIE

1) Vous êtes en : 1° année () 2° année () 3° année ()

2) Sexe : Masculin () Féminin ()

3) Quel est votre âge ? .....

SITUATION PROFESSIONNELLE DE VOTRE PERE
Si votre père est retraité, au chômage, inactif ayant déjà travaillé ou s'il est décédé, décrire sa dernière situation professionnelle.

4) Quelle est la profession de votre père ? .....

5) Votre père travaille-t-il ?
- A son propre compte (comme artisan, commerçant, prof. Libérale...) ()
- Comme salarié de l'Etat ou d'une autre administration publique ()
- Comme autre salarié ()

6) Quels sont les diplômes les plus élevés que possède votre père?
- Aucun diplôme ()
- Certificat de fin d'études primaires (CEP) ()
- Brevet d'études du 1° cycle (BEPC, fin troisième) ()
- CAP (Certificat d'aptitude professionnelle) ou BEP (Brevet d'etude professionnelle) ou niveau équivalent ()
- BAC général ou BAC technicien ou diplôme de niveau équivalent (brevet de maîtrise par exemple) ()
- Diplôme universitaire de premier cycle (DEUG, BTS, DUT,...) ()
- Diplôme universitaire de 2° ou de 3° cycle (licence, maîtrise, DEA, doctorat...) ou diplôme d'une grande école ou école d'ingénieur ()
- Diplôme des professions de la santé (professions paramédicales, médecins,...) ou du travail social (assistante sociale, éducateur,...) ()
- Autre : .....

SITUATION PROFESSIONNELLE DE VOTRE MERE
Si votre mère est retraité, au chômage, inactive ayant déjà travaillé ou si elle est décédée, décrire sa dernière situation professionnelle. Si elle est « sans profession » indiquez-le à la réponse à la question 7.

7) Quelle est la profession de votre mère ? .....

8) Votre mère travaille-t-elle ? OUI () NON ()
Si OUI :
- A son propre compte (comme artisan, commerçante, prof. Libérale...) ()
- Comme salariée de l'Etat ou d'une autre administration publique ()
- Comme autre salariée ()

9) Quels sont les diplômes les plus élevés que possède votre mère?
- Aucun diplôme ()
- Certificat de fin d'études primaires (CEP) ()
- Brevet d'études du 1° cycle (BEPC, fin troisième) ()
- CAP (Certificat d'aptitude professionnelle) ou BEP (Brevet d'etude professionnelle) ou niveau équivalent ()
- BAC général ou BAC technicien ou diplôme de niveau équivalent (brevet de maîtrise par exemple) ()
- Diplôme universitaire de premier cycle (DEUG, BTS, DUT,...) ()
- Diplôme universitaire de 2° ou de 3° cycle (licence, maîtrise, DEA, doctorat...) ou diplôme d'une grande école ou école d'ingénieur ()
- Diplôme des professions de la santé (professions paramédicales, médecins,...) ou du travail social (assistante sociale, éducateur,...) ()
- Autre : .....

VOTRE SITUATION SCOLAIRE

10) Etes-vous titulaire du BAC ? OUI () NON ()

- Si OUI, quelle série (S pour la série « scientifique », SMS « sciences médico sociales » par ex...) ?.....
- Si NON, quel diplôme équivalent ?.....

11) Avez-vous suivi ou interrompu une autre formation (universitaire par exemple) avant d'entrer à l'école d'ergothérapie ? OUI () NON ()

Si OUI, laquelle ?.....

12) Comment avez – vous eu connaissance du métier d'ergothérapeute ?.....

PERCEPTION DE LA PROFESSION ET AVENIR

13) Avant d'entrer à l'institut de formation en ergothérapie aviez-vous une idée précise de ce qu'est la profession d'ergothérapeute ? OUI () NON ()

14) Avant d'entrer à l'institut de formation en ergothérapie aviez-vous une idée précise du contenu des cours dispensés dans celle-ci ? OUI () NON ()

15) Quels sont les aspects de la profession d'ergothérapeute qui vous semblent les plus intéressants ?

.....

.....

16) Quels sont les aspects de la profession d'ergothérapeute qui vous semblent les moins intéressants ?

.....

.....

17) Pensez-vous que la profession d'ergothérapeute est connue :

- Du « grand public » : Plutôt OUI () Plutôt NON () NE SAIS PAS ()
- Des médecins : Plutôt OUI () Plutôt NON () NSP ()
- Des autres professions paramédicales : Plutôt OUI () Plutôt NON () NSP ()
- De l'Administration (hôpitaux, direction des affaires sanitaires et sociales...) : Plutôt OUI () Plutôt NON () NSP ()

18) Une fois diplômé en ergothérapie avez-vous l'intention de travailler :

- En hôpital privé ou public ()
- En établissement pour adultes et enfants handicapés ou en difficulté ()
- En établissement d'hébergement pour personnes âgées ()
- En « libéral » ()
- Autre :.....
- Ne sais pas ()

19) Une fois diplômé en ergothérapie avez-vous l'intention de travailler :

- Dans le domaine de la rééducation fonctionnelle ()
- Dans le domaine de la psychiatrie ()

20) Finalement, qu'est-ce qui vous a incité à choisir la profession d'ergothérapeute ?

.....

.....

ANNEXE 3

Décret d'actes des ergothérapeutes du 21.11.1986

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI

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

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des Affaires sociales et de l'Emploi,
Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 372 et L. 893 ;
Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;
Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;
Vu le décret n° 70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Erat d'ergothérapeute ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1er. – Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 peuvent contribuer, lorsque ces traitements sont assurés par un établissement ou service à caractère sanitaire ou médico-social régi par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ou la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.
Les actes professionnels qu'au cours de ces traitements ces personnes sont habilitées à accomplir, le cas échéant, au domicile des patients, sur prescription médicale, sont :
1° Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ;
2° La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L. 487 du code de la santé publique, permettant d'accomplir les actes définis au 3° ;
3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :
a) La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ;
b) La rééducation de la sensori-motricité ;
c) La rééducation des repères temporo-spatiaux ;
d) L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante ;
e) Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;
f) Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;
g) La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;
h) Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;
i) L'expression des conflits internes.
4° L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie.
Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement.

Art. 2. – Peuvent accomplir les actes professionnels mentionnés à l'article 1er :
1° Les titulaires du diplôme d'Etat français d'ergothérapeute ;
2° Dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et dans les services psychiatriques des établissements hospitaliers publics, les infirmiers et infirmières intégrés, en application des dispositions de l'article L. 893 du code de la santé publique, dans un emploi d'ergothérapeute avant le 11 avril 1983.

Art. 3. – Peuvent également accomplir les actes mentionnés à l'article 1er les salariés ayant exercé, à titre principal, l'activité d'ergothérapeute pendant une durée au moins égale à trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à un contrôle des connaissances. Ce contrôle comporte, d'une part, des épreuves communes à l'ensemble des candidats, d'autre part, sur option des candidats, des épreuves de vérification des connaissances en matière soit de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, soit de santé mentale, soit de gériatrie.
Les modalités d'organisation du contrôle des connaissances, la nature et le contenu des épreuves ainsi que la composition du jury sont définis par arrêté du ministre de la Santé pris après avis du conseil supérieur des professions paramédicales.
Les personnes ayant satisfait à ce contrôle ne peuvent, selon leur option, accomplir les actes énumérés à l'article 1er du présent décret que dans les établissements ou services assurant des traitements, respectivement, de rééducation et réadaptation fonctionnelles, de lutte contre les maladies mentales ou de gériatrie.
Art. 4. – Le ministre des Affaires sociales et de l'Emploi et le ministre délégué auprès du ministre des Affaires sociales et de l'emploi, chargé de la Santé et de la Famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.
Fait à Paris, le 21 novembre 1986.

Jacques Chirac

Par le Premier ministre :
Le ministre des Affaires sociales et de l'Emploi,
Philippe Seguin

Le ministre délégué auprès du ministre des Affaires sociales et de l'Emploi, chargé de la Santé et de la Famille,
Michèle Barzach

LECTURE-COMMENTAIRE :

Après la création du diplôme d'Etat en 1970, le décret d'actes de 1986 participe à une plus grande reconnaissance de l'ergothérapie et de l'ergothérapeute. Les différents points de l'article premier du décret correspondent à une liste d'actes que peut effectuer un ergothérapeute. Cet article, s'il énonce les contours de la qualification de l'ergothérapeute, ne limite-t-il pas ses attributions dans un cadre trop formel et trop limitatif ?

Le deuxième article et le troisième article fixent les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie notamment et surtout les titulaires du diplôme d'Etat.

ANNEXE 4

Arrêté du 21.07.1994 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapie

Programme des études d'ergothérapie

PRÉAMBULE

L'ergothérapie est une discipline s'appliquant dans les domaines des soins, de la rééducation, de la réadaptation, de la prévention et du conseil. Elle s'adresse à des personnes présentant, de façon déclarée ou potentielle, une déficience, un dysfonctionnement, une incapacité ou un handicap de nature somatique, psychique, intellectuelle, ou associée, créant une désadaptation ou une altération de l'identité.

Les objectifs de l'ergothérapie sont le maintien ou l'accession à un maximum d'autonomie individuelle, sociale ou professionnelle de la personne désadaptée.

Il s'agit d'une méthode qui intervient à deux niveaux :

- au niveau de l'individu : selon le cas, elle cherche à améliorer les fonctions déficitaires, à favoriser une restructuration de la personnalité ou à développer les capacités résiduelles pour l'adaptation fonctionnelle ou relationnelle de la personne. Pour cela, l'ergothérapeute utilise des mises en situation d'activité et de travail. Il peut, également, proposer, concevoir ou fabriquer un appareillage adéquat quant il s'avère nécessaire :
- au niveau de l'environnement : aussi bien l'environnement humain, en prenant en compte ce qui se passe au plan relationnel, que l'environnement matériel, architectural et urbain, en proposant des solutions pratiques pour le rendre plus accessible et favoriser une meilleure intégration de la personne. A ce titre, les entreprises industrielles et commerciales (en tant qu'employeur, mais aussi producteur), les collectivités locales et les associations peuvent s'adresser aux ergothérapeutes.

Ainsi, la connaissance de l'individu, de sa pathologie, de son environnement, des interrelations entre ces différents facteurs permet à l'ergothérapeute d'évaluer la perte d'autonomie en appréhendant la personne dans sa globalité. Il pratique ces actes en tant qu'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne.

Ces considérations expliquent que l'on retrouve, dans le programme, les chapitres suivants :

- l'étude de l'homme aussi bien au niveau somatique (anatomie, physiologie) que psychique et intellectuel (développement psychomoteur, fonction mentale, vie de relation et de communication). Cet enseignement est complété par une formation à la relation qui permet de développer ses capacités, d'établir une relation avec autrui et à percevoir ses propres attitudes :
- l'étude de l'homme en activité :
  - les composantes cinésiologiques et biomécaniques du mouvement :
  - les rapports « homme-travail », la méthodologie ergonomique et son apport à l'exercice de l'ergothérapie :
  - l'apprentissage des techniques professionnelles, ludiques ou d'expression, permettant à l'étudiant d'acquérir des compétences pratiques et d'expérimenter les mises en situation qu'il pourra proposer dans le cadre du traitement :

- l'apprentissage des techniques de soins et de rééducation qui relèvent de l'ergothérapie ;
- l'apprentissage des techniques de réadaptation et de réinsertion, ce qui nécessite d'étudier la personne handicapée dans son environnement (option d'architecture et d'urbanisme : organisation de la cité pour les personnes à mobilité réduite). C'est dans ce cadre que l'étudiant apprendra à connaître et utiliser l'appareillage, ainsi qu'à concevoir ou fabriquer celui qui relève de sa compétence (orthèses, aide technique...) ;
- l'enseignement de la législation sociale, professionnelle et spécifique aux handicapés. Il comprendra l'analyse de situation juridique et administrative pour une meilleure intégration de la personne handicapée ;
- une réflexion globale sur l'ergothérapie, sa place dans l'organisation de la santé.

L'enseignement se déroule sous forme de cours théoriques et pratiques. Des stages cliniques obligatoires complètent ce programme.

En conclusion, l'enseignement doit insister sur une méthodologie qui amène le futur ergothérapeute à faire l'analyse des différents paramètres concernant la personne en perte d'autonomie pour élaborer et mettre en œuvre une prise en charge thérapeutique adaptée et constamment réajustée.

LECTURE-COMMENTAIRE :

Le programme des études d'ergothérapie insiste (par rapport au décret d'actes de 1986) autant sur les interventions « au niveau de l'individu qu'au niveau de l'environnement ». L'approche humaine se double d'une action sur l'environnement afin de mieux intégrer le patient (le terme d'intégration est en effet évoqué dans le texte). Ce programme clarifie les attributions de l'ergothérapeute en matière de conseil, de capacité d'expertise. Il invite aussi l'ergothérapeute a abordé le patient « dans sa globalité » et écarte les approches trop « réductrices », trop analytiques.

ANNEXE 5

Loi du 4.02.1995 relative à l'inscription de l'ergothérapie au Code de la Santé publique

« Chapitre Ier

« Profession d'ergothérapeute

« *Art. L. 504-7.* – Est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui, non titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

« Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale.

« *Art. L. 504-8.* – Peuvent seuls exercer la profession d'ergothérapeute et porter le titre d'ergothérapeute, accompagné ou non d'un qualificatif :

« 1° Les titulaires du diplôme d'Etat français d'ergothérapeute ;

« 2° Dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et dans les services psychiatriques des établissements publics de santé, les infirmiers et infirmières intégrés avant le 11 avril 1983 dans un emploi d'ergothérapeute ;

« 3° Les salariés ayant exercé, à titre principal, l'activité d'ergothérapeute pendant une durée au moins égale à trois ans au cours des dix années précédant la date du 23 novembre 1986 et qui ont satisfait, dans les trois ans suivant cette date, au contrôle des connaissances prévu par le décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. Les personnes ayant satisfait à ce contrôle ne peuvent, selon leur option, accomplir les actes énumérés par ledit décret que dans des établissements ou services assurant des traitements, respectivement, de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, de lutte contre les maladies mentales ou de gériatrie ;

« 4° Les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont obtenu une autorisation d'exercice dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Chapitre II

« Profession de psychomotricien

« *Art. L. 504-9.* – Est considérée comme exerçant la profession de psychomotricien toute personne qui, non titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, exécute habituellement des actes professionnels de rééducation psychomotrice, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

« Les psychomotriciens exercent leur art sur prescription médicale.

« *Art. L. 504-10.* – Peuvent seuls exercer la profession de psychomotricien et porter le titre de psychomotricien, accompagné ou non d'un qualificatif :

« 1° Les titulaires du diplôme d'Etat français de psychomotricien ;

« 2° Les salariés ayant exercé, à titre principal, l'activité de psychomotricien pendant une durée au moins égale à trois ans au cours des dix années précédant la date du 8 mai 1988 et qui ont satisfait, dans les trois ans suivant cette date, au contrôle des connaissances prévu par le décret n° 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice ;

« 3° Les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont obtenu une autorisation d'exercice dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Chapitre III

« Dispositions communes aux deux professions

« *Art. L. 504-11.* – L'exercice illégal de la profession d'ergothérapeute ou de la profession de psychomotricien est passible d'une amende de 40 000 F et, en cas de récidive, d'une amende de 60 000 F et d'une peine d'emprisonnement de cinq mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

« L'usurpation des titres professionnels correspondants est punie des peines prévues à l'article 433-17 du code pénal.

« *Art. L. 504-12.* – Un ergothérapeute ou un psychomotricien ne peut exercer sa profession que s'il est inscrit sur une liste dressée, pour chacune de ces professions, par le préfet du département de sa résidence professionnelle, qui enregistre son diplôme, son certificat ou son autorisation.

« Tout changement de résidence professionnelle hors des limites du département oblige à une nouvelle inscription et à la radiation de l'ancienne.

« L'inscription n'est possible que dans un seul département. Dans le cas où l'activité est exercée dans plusieurs départements, l'intéressé est inscrit sur la liste du département dans lequel est situé son lieu principal d'exercice professionnel. Cette disposition n'est pas applicable aux ergothérapeutes et aux psychomotriciens militaires. »

LECTURE-COMMENTAIRE :

Cette loi confirme le caractère réglementé de l'exercice de l'ergothérapie. Elle conditionne la pratique de l'ergothérapie à un certain nombre d'impératifs comme celui de détenir le diplôme d'Etat. Elle renforce le contrôle de l'administration sur la profession en obligeant l'ergothérapeute à s'inscrire sur une liste dressée par la préfecture du département de résidence professionnelle. Et elle prévoit des dispositions précises contre l'exercice illégal de l'ergothérapie.

ANNEXE 6

Plaquette sous forme de dépliant qui présente le « métier d'ergothérapeute » au sein de l'Institut de formation en ergothérapie de Nancy (année 2001)

LE CONCOURS LES ETUDES

LE CONCOURS

L'admission dans les instituts de Formation en Ergothérapie se fait par voie de concours. Des épreuves d'admission sont organisées annuellement par chaque Institut.
Les candidats doivent être âgés de 17 ans au moins et titulaires d'un baccalauréat, DAEU ou équivalent.
Les épreuves :
° Tests psychotechniques : 1 h – 20 pts
° Contraction de texte : 1 h – 20 pts.
° Biologie et Physique : 1 h – 20 pts
Le concours est sévère, environ 6% des candidats intègrent une école.

LES ETUDES

° Premier cycle : 1 an - 6 modules et 1 mois de stage.
- Module "méthodologie générale"
- Module "méthodologie professionnelle"
- Module "formation à la relation"
- Module "physiologie"
- Module "anatomie-cinésiologie"
- Module "technologie 1"

° Deuxième cycle : 2 ans - 9 modules et 9 mois de stage.
- Module "psychologie-pédagogie"
- Module "traumatologie-rhumatologie"
- Module "neurologie"
- Module "psychiatrie"
- Module "gériatrie"
- Module "cardiologie et autres affections"
- Module "appareillage"
- Module "législation"
- Module "technologie 2"

Les stages cliniques s'effectuent dans les structures sanitaires et médico-sociales sur l'ensemble du territoire national. Modules et stages doivent être validés pour accéder aux épreuves du Diplôme d'État.

L'accent est mis sur l'apprentissage pratique des techniques de rééducation et de réadaptation répondant aux déficiences et incapacités. Une large part est accordée à l'étude des activités de la vie quotidienne, domestiques, de l'habitat, des moyens de communication et de déplacement, ainsi que des possibilités de leur adaptation à la personne handicapée.

La profession

DEFINITION

L'ergothérapie est une discipline de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. C'est un traitement qui s'applique aux adultes et aux enfants présentant un handicap moteur ou mental, inné ou acquis.

L'ergothérapie agit à deux niveaux :

- au niveau de la personne :
Elle vise au maintien ou à l'accession à un maximum d'autonomie individuelle, sociale ou professionnelle. Elle cherche à améliorer les fonctions déficitaires, à développer les possibilités restantes et à stimuler les capacités relationnelles. Pour cela, l'ergothérapeute utilise : la mise en situation dans les activités quotidiennes, les tâches domestiques, les gestes professionnels, le jeu ou toute autre occupation de la vie . Il fabrique l'appareillage adéquat et propose les aides techniques qui s'avèrent nécessaires à l'indépendance de la personne handicapée.

- au niveau de l'environnement :
L'ergothérapeute propose les solutions pratiques pour modifier l'environnement matériel ou architectural afin de le rendre plus accessible et favoriser une meilleure intégration de la personne handicapée dans son milieu de vie.

EXERCICE DE LA PROFESSION

L'ergothérapie se pratique sur prescription médicale.
Elle s'exerce dans les hôpitaux généraux (annexes des services de chirurgie orthopédique, de neurologie, de rhumatologie, de pédiatrie, etc...), dans les services et hôpitaux psychiatriques, dans les centres de réadaptation pour adultes, pour enfants ou pour personnes âgées, dans les établissements de convalescence et de caractère médico-social ainsi que dans les structures d'aides au maintien à domicile et, le cas échéant, au domicile des patients.
L'exercice de l'ergothérapie selon un mode libéral est encore très peu répandu.

DEMOGRAPHIE

La profession est jeune et féminisée. Les effectifs professionnels demeurent insuffisants pour couvrir les besoins qui s'accroissent devant l'augmentation des graves accidentés de la circulation et de la population de personnes âgées. 4000 ergothérapeutes exercent en France à ce jour. Les 8 écoles forment en moyenne 300 diplômés chaque année.

SALAIRES

La rémunération mensuelle moyenne d'un ergothérapeute débutant varie selon la convention collective de son établissement, mais se situe autour de 8000-9000 Francs nets, pour s'évaluer à 14000 Francs nets en fin de carrière.

DEROULEMENT DE CARRIERE

Dans la fonction publique, le statut et le déroulement de carrière des ergothérapeutes est identique à celui des autres professions paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc...). Après quatre années d'exercice professionnel, le Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute donne accès au Diplôme de Cadre de Santé.

LE METIER

Qualités requises

° *Qualités humaines :* tact, écoute, patience, esprit d'équipe, adaptabilité.

° *Qualités techniques* : observation, sens pratique, habileté manuelle.

Institut de Formation en Ergothérapie de Nancy

57 bis rue Nabécor
54000 - NANCY
Téléphone : 03 83 51 49 09
Télécopie : 03 83 51 83 38
Site Internet :
www.ergo-nancy.com
E-mail : secretariat@ergo-nancy.com

LECTURE-COMMENTAIRE :

Il n'existe plus d'admission sur concours à l'Institut de formation en ergothérapie de Nancy. En effet depuis septembre 2002 une première année commune à tous les futurs professionnels de la santé a été instaurée.

Le premier et le deuxième cycle d'études attestent de la formation pluridisciplinaire des ergothérapeutes qui touche des domaines aussi différents que la physiologie, la gériatrie ainsi que la psychiatrie, la formation à la relation, etc.

Le contenu de la plaquette met aussi l'accent sur les méthodes d'action de l'ergothérapeute, celles-ci sont mobilisées à deux niveaux : celui de la personne et celui de l'environnement.

ANNEXE 7

Extrait du compte-rendu des journées de travail organisées à l'initiative de l'ANFE (Rhône-Alpes) le 3.05.2001 et le 9.06.2001 sur « l'identité des ergothérapeutes ».

MISSIONS

ERGOTHERAPEUTE
accompagnateur de la découverte des potentialités

Entourage du patient

ETRE à l'ECOUTE
CERNER les besoins et les demandes
INFORMER sur les capacités de la personne
CONCEVOIR et METTRE en OEUVRE les aides potentielles pour "soulager" la famille au domicile

Patient

EVALUER l'indépendance, l'autonomie de la personne
CONCEVOIR et METTRE EN OEUVRE une démarche de soin
METTRE EN SITUATION
ACCOMPAGNER la personne dans son projet de vie
CONSEILLER les aides-techniques et
PROPOSER l'aménagement de l'environnement

Administration

administration
=
réalité économique contraignante
ARGUMENTER - EXPLIQUER les projets
NEGOCIER et FAIRE-VALOIR le qualitatif sur la quantitatif
METTRE des ? sur les réalités

contre-pouvoir pour valider le qualitatif

Médecin

EXERCER les dimensions culturelles de la médecine
GARANTIR la qualité optimale du rapport à l'environnement
CO-EVALUER capacités et ressources de la personne dans son environnement
REEDUQUER et READAPTER par la mise en situation réelle

Collègues sociaux

COLLABORER au projet de réinsertion sociale
INFORMER sur les capacités réelles de la personne
RECHERCHER le soutien des collègues sociaux par rapport aux ressources de la personne

Collègues paramédicaux

COLLABORER au projet de l'équipe en vue de l'autonomie du patient
VEILLER à la cohérence du projet de la personne et au projet de l'équipe

Groupe "ergo"

groupe "ergo" = équipe ou groupe professionnel ou ANFE
PARTICIPER au centre de ressources : donner, recevoir, se confronter
PARTICIPER à la construction d'une éthique commune

LECTURE-COMMENTAIRE :

Les missions de l'ergothérapeute sont présentées sous la forme d'un schéma.

L'ergothérapeute est défini comme « l'accompagnateur de la découverte des potentialités ». La rééducation et la réadaptation ne sont qu'un des aspects des nombreuses missions de l'ergothérapeute. Outre la relation avec le patient, le médecin, les « collègues paramédicaux », il ne faut pas oublier les rapports à l'administration qui représente une « réalité économique contraignante ».

ANNEXE 8

Extrait (il s'agit d'une conclusion) de l'article de Anne Lang Etienne directrice du programme d'ergothérapie à l'université d'Ottawa (Canada) publié dans le Journal d'Ergothérapie (N°1, 1987) aux éditions Masson

Titre de l'article : « L'approche globale : poncif ou réalité ? »

CONCLUSION :
APPROCHE GLOBALE ET ERGOTHERAPIE

Les ergothérapeutes, de par leur formation bio-psychosociale, figurent sans doute parmi les cliniciens les plus aptes à vivre et à faire vivre l'approche globale dans leur milieu de travail. A l'heure où cette approche est populaire, au moins dans les discours, comment se fait-il que notre profession ait un rayonnement aussi infime ? Elle devrait enfin avoir audience et faire autorité en ce domaine. Or, malgré les attitudes et écrits avant-gardistes de certains ergothérapeutes des années 60 et 70, il n'en est rien.

Doit-on supposer que les ergothérapeutes n'ont pas su assumer la démarche personnelle face à leur globalité, démarche qui leur permettrait d'être des mentors non seulement auprès du client, mais dans les milieux où ils œuvrent ?

Si les ergothérapeutes défient le modèle médical atomiste, il semble que ce soit en toute modestie, dans l'ombre et le silence. Il est temps qu'ils se présentent comme des êtres d'autorité, qu'ils assument la marginalité de leurs convictions, qu'ils se fassent entendre. Il est temps qu'ils se montrent sûrs d'eux-mêmes dans l'humanité de leur approche. Il est grand temps qu'ils s'estiment et s'aiment au lieu de minimiser leur savoir et leur pouvoir ; il est grand temps qu'ils se prennent en charge et se reconnaissent, au lieu d'attendre de l'environnement le droit à la reconnaissance. Ils seraient alors activement associés au mouvement holistique actuel. Ils participeraient peut-être à cette métamorphose de notre civilisation annoncée par Ferguson dans « Les enfants du Verseau » (1980).

Car, ainsi que Rogers, Fromm, Jung et bien d'autres, il nous est permis de rêver à un monde où l'approche globale serait généralisée. Le thérapeute qui a entrepris la démarche vers sa globalité exerce un impact, non seulement sur son client, mais sur l'ensemble de son environnement. De par sa personnalité, il devient éducateur ; il éveille à leur propre démarche les étudiants apprentis thérapeutes qui seront à leur tour ferments de changement dans de nouveaux milieux.

Dans un monde où « la totalité du corps et de l'âme serait pour nous autre chose qu'un verbiage qui sonne creux (Jung, 1943, p. 315), les qualités humaines deviendraient décisives, et tout être humain participerait intensément à sa propre vie. L'utopie de Ferguson, « La conspiration du Verseau », deviendra-t-elle réalité ?

LECTURE-COMMENTAIRE :

L'approche atomiste ou analytique est bien rejetée ici, elle ne correspond pas à la définition que l'on doit se faire de l'ergothérapie. Cette conclusion sonne comme un appel aux ergothérapeutes à assumer d'abord leur « propre globalité » pour aborder le patient comme un « être global ». La vision holistique comme « processus thérapeutique » n'a de sens que si elle est appropriée en premier lieu par le thérapeute.

ANNEXE 9

Point de vue de M. Jean-Marie André, professeur de rééducation et de réadaptation à la faculté de médecine de Nancy, publié dans une plaquette de présentation de l'ergothérapie dont l'initiative de la publication revient à l'ANFE (année 1986). Le titre de la plaquette: « Autonomie : ergothérapie »

L'ERGOTHÉRAPIE FACE A L'AVENIR

Par Monsieur le Professeur ANDRE*

"Maîtriser l'environnement matériel et moral de la personne handicapée".

*La **réadaptation** a dû faire face ces dernières années à un contexte nouveau et donc a évolué :*

– les malades à traiter sont devenus de plus en plus gravement atteints, de plus en plus polyhandicapés ;

– les coûts élevés de la médecine ont conduit à une limitation des moyens et à une réduction du temps de prise en charge des malades et plus particulièrement celui de l'hospitalisation ;

– la crise socio-économique a éloigné plus encore que les autres les personnes handicapées d'un monde du travail de plus en plus soumis aux règles impitoyables de la concurrence internationale ;

*– la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées a eu pour effet, au-delà des mots, de transformer l'incurable en "une personne à mobilité réduite", de permettre une meilleure **intégration** du handicapé "dans un milieu ordinaire" mieux aménagé et dans une société plus tolérante. Beaucoup reste à faire, mais ce sera dans les années à venir ;*

– le désengagement esquissé dans tous les pays industrialisés de "l'État-providence" devrait conduire chacun à s'assumer davantage et donc attendre moins des autres pour faire plus soi-même.

*L'ergothérapeute dans ce contexte nouveau et difficile est appelé à tenir **un rôle encore plus déterminant dans le processus de réadaptation.** En offrant à chacun la meilleure **indépendance** possible, il est le lien entre l'hôpital et le lieu de vie. Son action est prioritairement orientée dans la préparation d'un retour à domicile le plus rapide possible.*

*Pour ce faire, et sans renier à sa traditionnelle participation au travail de l'équipe de **rééducation,** l'ergothérapeute est appelé à assurer la **maîtrise de l'environnement** matériel et moral de la personne handicapée et à apprendre à celle-ci comment bien se mouvoir et bien vivre dans un monde nouveau.*

* *Institut Régional de Réadaptation 35, rue Lionnois – 54000 Nancy.*

LECTURE-COMMENTAIRE :

Ce point de vue rappelle le rôle de la réadaptation dans la prise en charge de plus en plus coûteuse du patient. L'aspect économique représente une contrainte dont il faut tenir compte à l'avenir. Quelle place alors pour l'ergothérapeute ?

L'auteur souligne que c'est sur le plan de l'environnement du patient que l'ergothérapeute possède une grande capacité d'action. A l'ergothérapeute d'organiser le retour à domicile, avec d'autres professionnels, dans des conditions de respect de la personne handicapée.

ANNEXE 10

Page extraite d'un dossier de présentation de l'ergothérapie publié par l'ANFE en 1999

Présentation, buts et missions

Association Nationale Française des Ergothérapeutes

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes a été créée en 1961. Elle a pour but de défendre et de promouvoir les intérêts et la qualité de la profession d'ergothérapeute. L'A.N.F.E. favorise les échanges d'expériences professionnelles et entretient les contacts avec ses membres. L'A.N.F.E. aide à la formation, au perfectionnement professionnel. L'A.N.F.E. organise des contacts avec l'étranger.

Missions

- Collaborations et contacts régionaux, nationaux et internationaux
- Etudes, perfectionnements et diffusions de ses conceptions, recherche en rééducation, réadaptation, et action sociale
- Publication, formation et perfectionnement
- Démarches auprès des services ministériels ou grands organismes
- Participation aux travaux des comités et commissions des secteurs sanitaires ou médico-sociaux, qui sur le plan national, régional, s'occupent des problèmes pouvant impliquer l'A.N.F.E.

Représentativité

- Membre de la C.O.T.E.C., Commitee of Occupational Therapists for the European Communities
- Membre de la W.F.O.T., World Federation of Occupational Therapists
- Membre de l'UIPARM, Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques
- Trois sièges au conseil supérieur des professions paramédicales à la Direction Générale de la Santé
- L'association représente la profession à la Direction de la Sécurité Sociale, à la Direction des hôpitaux, à la CNAM

907 adhérents sur 3721 ergothérapeutes soit 20% des professionnels exerçant en France*

* ANFE, décembre 1998

Ergothérapie: objectif autonomie et intégration

Ergothérapie: **L'ergothérapie est une profession de la santé qui contribue au traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique, sensorielle ou intellectuelle en vue de solliciter, en situation d'activité ou de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles des personnes traitées pour leur permettre de maintenir, récupérer ou acquérir la meilleure autonomie individuelle, sociale et professionnelle.**
Champs d'intervention: **évaluation, conseil, rééducation, réadaptation, réinsertion des personnes en situation de handicap; interventions spécifiques en psychiatrie, dans le cadre de formations, ou pour des expertises.**
Secteurs d'activité: **centres de rééducation et de réadaptation, services hospitaliers, dispensaires d'hygiène mentale, centres de post-cure, maisons de retraite, CAMSP, SESSAD, SSESD, IME, IMP, IMPRO, CAT, ateliers protégés, MAS, CICAT, SOS main, écoles du dos, ONG, associations de personnes handicapées et de personnes âgées, CCAS et collectivités locales, mutuelles, CAL-PACT ou PACT-ARIM, HAD, services de suite et d'accompagnement, ou activités libérales.**

Ergothérapie

Objectif Autonomie & Intégration

Loi n°95-116 du 4 février 1995, inscription au titre III-2 du livre IV du Code de la Santé Publique.
Décret d'actes du 21 novembre 1986. – Diplôme d'état obtenu en 3 années d'études.

Public: 5,5 millions de personnes âgées ou handicapées

Réf. INSEE – CTNERHI

LECTURE-COMMENTAIRE :

Cette page représente un condensé, un concentré des missions de l'ANFE. Elle rappelle la définition de l'ergothérapie et le vaste champ d'intervention des ergothérapeutes, les nombreux lieux d'exercice (« les secteurs d'activité ») en témoignent. D'autres informations concourent à montrer la bonne représentativité des ergothérapeutes dans les instances administratives (lieux où se prennent les décisions).

Cette page se termine sur une information émanant de l'INSEE et qui rappelle le nombre de personnes âgées et handicapées. Information qui n'est pas anodine lorsqu'elle s'adresse à des ergothérapeutes.

ANNEXE 11

Plaquette de présentation de l'UIPARM (1996)

à la croisée de nos chemins

C'est en juin 1992 que les associations professionnelles de rééducateurs et médicotechniques ont envisagé un regroupement après avoir établi la plate-forme commune de leurs aspirations et soumis cette dernière à l'approbation de leurs mandants. Plus de 10 000 professionnels concernés ont exprimé leur soutien...

Les associations ont alors engagé une procédure de constitution de l'Union InterProfessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médicotechniques et entériné sa création par une assemblée générale le 10 février 1993.

L'ORIGINE D'UNE RENCONTRE

- Des situations professionnelles comparables,
- Des problèmes et difficultés identiques,
- Des aspirations et revendications parallèles,
- Des réflexions, propositions et solutions de même nature
- Le souci de réduire nos différences
- Le besoin d'additionner nos ressemblances
- L'envie de multiplier nos convergences
- La volonté d'accroître notre reconnaissance

La loi du nombre face aux autres professions nous a amené à nous regrouper.
Unis, il est plus facile de se faire représenter auprès des tutelles.
Les acquis d'une association profitent aux autres. De l'union naît la force.

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE

L'adhésion au sein de l'union est volontaire, chaque association continue au plan national sa propre action pour ses problèmes spécifiques en toute autonomie. L'union est un supplément d'efficacité.
L'union n'est pas un frein et n'a aucun droit de regard sur le fonctionnement de chaque association.

LA RECHERCHE D'UN SIGLE

UNION : C'est la convergence qui a initié la volonté de se regrouper pour être plus fort.
INTERPROFESSIONNELLE : c'est la cohérence qui offre à plus de dix professions d'être représentées au sein de l'union sans fusion ni confusion.
ASSOCIATIONS : c'est la garantie de pertinences professionnelles qui préside au principe de l'adhésion des seules associations nationales des professions à l'Union et n'autorise pas l'adhésion individuelle.
REEDUCATEURS : c'est le statut commun d'une famille professionnelle comportant les ergothérapeutes, diététiciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychomotriciens.
MEDICOTECHNIQUES : c'est le statut commun d'une famille professionnelle comportant les manipulateurs d'électroradiologie, préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoire.

l'union catalyseur de coopérations

à l'appui de notre démarche

NOS VALEURS COMMUNES

● Des formations initiales de même niveau et de même durée,
● des formations continues reconnues et valorisées,
● des formations interprofessionnelles de l'encadrement,
● des accès à une fonction et un grade de coordonnateur
● des diversifications de carrière identiques au sein de la famille professionnelle des paramédicaux,
● une reconnaissance légale de même nature pour toutes les professions : inscription au code de la santé, décrets d'actes et d'exercice, règles professionnelles, conseil supérieur des professions paramédicales,
● une participation à toutes les instances nationales et au sein du ministère de la santé,
● une volonté de coopération et d'interaction entre toutes les professions pour garantir une réelle prise en charge globale des patients et la qualité des prestations.

NOS ACTIONS ET RESULTATS

● L'élaboration d'une plate forme commune (10 000 signatures) en 1992 qui nous a fait connaître auprès du Ministère ● Des audiences à la Direction des Hôpitaux, à la Direction Générale de la Santé et au Cabinet du Ministre de la Santé ● La participation de représentants de l'UIPARM et de ses associations constituantes à des commissions et groupes d'études ministériels ● L'audition de l'UIPARM et ses associations constituantes par la "Mission Plateau Technique" au Ministère

● Des Groupes de travail internes sur l'expertise, la formation interprofessionnelle de l'encadrement, le Coordonnateur de Plateau Médicotechnique ● L'organisation d'une première journée d'étude le 15 novembre 1993 à l'Hôpital Saint-Louis à Paris ● L'organisation d'une deuxième journée d'études au travers du Colloque "Le plateau technique à l'épreuve des compétences" le 17 janvier 1995 à la Maison de la Chimie à Paris

● L'inscription au code de la santé des ergothérapeutes, manipulateurs en électroradiologie et psychomotriciens ● Les propositions du Ministre de la santé concernant la représentation de l'UIPARM à la commission interprofessionnelle du conseil supérieur des professions paramédicales, et la création d'une commission de ce même conseil pour les diététiciennes ● La mise en place d'expérimentations des fonctions d'expertises institutionnelle et professionnelle ainsi que des expérimentations de coordination des activités des plateaux médicotechniques et de rééducation

Face aux lobbies divers qui entravent la marche de l'hôpital, l'UIPARM entend être un partenaire ouvert et responsable avec toutes les composantes hospitalières et favoriser aussi la démarche d'équipe.

Pour garantir la coopération et la cohérence de tous les acteurs hospitaliers, l'UIPARM entend que les familles professionnelles qu'elle représente soient prises en compte. A cette fin l'UIPARM demande que la représentation et la participation de professionnels de rééducation et médicotechniques soit assurée à tous les niveaux au sein des institutions et tutelles.

l'union vecteur d'interactions

LECTURE-COMMENTAIRE :

Le contenu de la plaquette insiste sur l'importance d'un « socle commun » entre professions paramédicales.

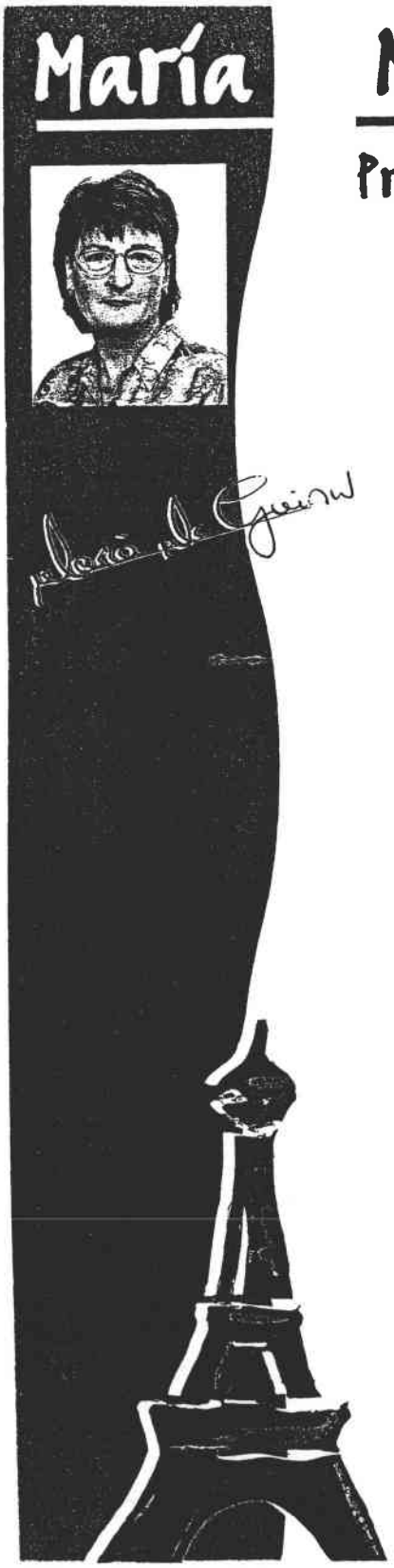
Les « actions et résultats » montrent une volonté d'aboutir sur un certain nombre de dossiers, l'administration représentant un interlocuteur privilégié dans toutes les démarches de l'UIPARM notamment dans le cadre de la reconnaissance des compétences.

S'atteler à un certain nombre d'objectifs communs permet apparemment à l'UIPARM d'atteindre un optimum (au sens de l'économiste et du sociologue V. Pareto) car la conjonction des forces aboutit à l'amélioration de la situation d'une profession sans dégradée celle de l'autre.

ANNEXE 12

Présentation du VI° congrès européen des ergothérapateutes à Paris (Ergo 2000) par la Présidente du COTEC (Commitee of Occupational Therapists for the European communities).

L'ANFE étant l'association co-organisatrice



María McGUINN

Présidente COTEC

Dear Friends,

It gives me great pleasure to announce ERGO 2000, as the Congress and meeting place for European occupational therapists of the next century.

ERGO 2000 will focus on the Achievements and Challenges of occupational therapists this century and will signpost the trends and challenges for the profession in the new century.

This important Congress will provide the platform to explore the different approaches designed for the needs of individual consumers in self maintenance, productivity and leisure. This will be coupled with new knowledge from the sciences and philosophy based on research. These aspects along with the developments in medical technology and the technological improvements in appliances will be presented at the Congress.

The 21st Century will bring great challenges for occupational therapists because of the whole range of new opportunities in diverse settings, where therapists will work. Occupational therapy will therefore become one of the most positive and potentially exciting health professions of the new century. ERGO 2000 will attract occupational therapists, students, consumers, service providers and practitioner of the other health professions from many countries.

Bring your professional knowledge, share your expert skills and research and discuss philosophical issues at this three day Congress.

Chers Amis,

J'ai grand plaisir à annoncer qu'**ERGO 2000** sera **le** Congrès et le lieu de rencontre des ergothérapeutes européens du siècle à venir.

ERGO 2000 aura pour thème la **Mémoire** et le **Devenir** des ergothérapeutes au cours de ce siècle et indiquera les tendances et les défis de la profession pour ce nouveau siècle.

Cet important Congrès fournira la plateforme qui permettra une exploration des différentes approches conçues pour les besoins des consommateurs individuels en termes d'**entretien de la forme physique**, de **productivité** et de **loisir**, à quoi viendront s'ajouter les nouvelles connaissances des sciences et de la philosophie basées sur la recherche. Ces aspects, ainsi que les développements de la technologie médicale et les améliorations technologiques des appareils seront présentés au Congrès.

Le 21 ème siècle apportera de grands défis pour les ergothérapeutes du fait de l'étendue des nouvelles opportunités dans les divers cadres dans lesquels les ergothérapeutes seront amenés à intervenir. L'ergothérapie deviendra de ce fait l'une des professions de santé les plus positives et potentiellement passionnantes du nouveau siècle. **ERGO 2000** attirera des ergothérapeutes, des étudiants, des consommateurs, des prestataires de services et des praticiens d'autres professions de santé originaires de nombreux pays.

Apportez vos connaissances professionnelles, partagez avec nous votre expertise et discutez de problèmes philosophiques lors de ce Congrès de trois jours.

LECTURE-COMMENTAIRE :

L'intérêt d'organiser des congrès est de se faire connaître. L'occasion est donnée à la profession à travers ce type de manifestation de se renouveler, tellement les perspectives sont nombreuses, tellement le champ d'intervention des ergothérapeutes est grand (« new opportunities »). La promotion de l'ergothérapie étant inséparable de la recherche et d'échanges d'expériences.

L'année 2000 est prise comme une date symbole par l'éditorialiste car elle correspond à un renouveau possible de la profession d'ergothérapeute.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Accardo A., *Initiation à la sociologie*, Bordeaux, Le Mascaret, 1991.

Acker F., Denis G., *De l'administration du personnel à une gestion économique de l'emploi à l'hôpital*, Revue française des affaires sociales, N°4, 1991.

Aïach P., Fassin D. (sous la direction de), *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994.

Aliaga C., *Les services de soins à domicile fin 1996*, SESI, 1998, N°94.

Assous L., *Soins et aides de longue durée aux personnes âgées : une mise en perspective internationale*, Revue française des affaires sociales, N° 2, 2001.

Bac C., Cornilleau G., *Comparaison internationale des dépenses de santé*, Drees, N°1, 2001.

Badayan G., C. Colin, *Les personnes âgées dans les années 90*, Drees, N° 40, 1999.

Bardin L. *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, 1989.

Beresniak A., Duru G., *Economie de la santé*, Masson, Paris, 1997.

Berthier N., *Les techniques d'enquête*, Paris, A. Colin, 1998.

Blanchard S., *Une réforme des études médicales pour rapprocher les professions de santé*, Le Monde, 6. 11. 2001.

Boltanski L., *Les cadres*, Paris, Minuit, 1982.

Bonnici B., *L'hôpital, enjeux politiques et réalités économiques*, La documentation française, Paris, 1993.

Bordeloup J., *Faiblesses et aléas d'une politique publique : les différentes actions menées en faveur des handicapés*, Droit social, N°6, 1994.

Bosc S., *Stratification et transformations sociales, La société française en mutation*, Paris, Nathan, 1993.

Boudon R., *Les méthodes en sciences sociales*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 1978.

Boudon R., Bourricaud F., *Dictionnaire critique de sociologie*, Paris, PUF, 2000.

Bourdieu P., *La paysannerie, classe objet*, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 17/18, 1977.

Bourdieu P., Chamboredon J.C., Passeron J.C., *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton-Bordas, 1968.

Bourdieu P., *La distinction, Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit, 1979.

Bourdieu P., *Le sens pratique*, Paris, Minuit, 1980.

Bourdieu P., *Espace social et genèse des classes*, Actes de la recherche en sciences sociales, N°52/53, 1984.

Bourdieu P., *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, 1984.

Bourdieu P., *Choses dites*, Minuit, Paris, 1986.

Bourdieu P., *La force du droit, Eléments pour une sociologie du champ juridique*, Actes de la recherche en sciences sociales, N°64, 1986.

Bourdieu P. et Christin R., *La construction du marché. Le champ administratif et la production de la politique du logement*, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 81/82, 1990.

Bourdieu P., *Droit et passe-droit*, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 81/82, 1990.

Bourdieu P., *Les règles de l'art*, Paris, Seuil, 1992.

Bourdieu P. avec Wacquant L. D., *Réponses... Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil, 1992

Bourdieu P., *Raisons pratiques*, Paris, Seuil, 1994.

Bourdieu P. (sous la direction de), *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1998.

Bourdieu P., *Le fonctionnement du champ intellectuel*, Université Marc Bloch Strasbourg, Regards sociologiques, N°17/18, 1999.

Bourdieu P., *le champ économique*, Actes de la recherche en sciences sociales, N°119,1999.

Broudic P., *Les restructurations hospitalières, le cas de la région Champagne-Ardenne*, Revue française des affaires sociales, N° 2, 2001.

Buet M., *Profession : Domicile*, Revue française de service social, 1° trimestre, 1996.

Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Gallimard, 1995.

Chambaretaud S., L. Hartmann, *Contrats incitatifs et asymétrie d'information : le financement des biens et services médicaux*, Les cahiers du Gratice, Credes, N°15, 1999.

Champagne P. et coll., *Initiation à la pratique sociologique*, Paris, Dunod, 1999.

Cibois P., *L'analyse factorielle*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 2000.

Combessie J.C., *La méthode en sociologie* (4° édition), Paris, La Découverte, 2003.

Cordier R., *Le technicien d'insertion est-il soluble dans la transdisciplinarité ?*, Diplôme Universitaire des Professionnels de l'Insertion des Travailleurs Handicapés, Université Rennes 2, 2000.

Couderc N., Touzé V., Ventelon B., *Politiques de santé dans un modèle macroéconomique : un exercice de simulation*, Drees, N°1, 2001.

Crozier M., *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Seuil, 1963.

Denimal P., *Les classifications professionnelles*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ? », 1996.

De Singly F., *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*, Paris, Nathan université, 2003.

Duval J., *Une réforme symbolique de la Sécurité sociale*, Actes de le recherche en sciences sociales, N° 143, 2002.

Derivay D., *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Larousse-Bordas/ HER, 1999.

Desrosières A. et Thévenot L., *Les catégories socioprofessionnelles*, Paris, La Découverte, 2000.

Dubar C., *Sociologie du travail face à la qualification et à la compétence*, Sociologie du travail, N°2, 1996.

Dubar C. et Tripier P., *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, 1998.

Dubar C., *La crise des identités, L'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF, 2000.

Dugué E., *Formation en alternance et diplôme professionnel, deux modes d'interaction entre travail et formation : leurs rapports respectifs dans le champ du travail social*, Revue française des affaires sociales, N°4, 1999.

Durkheim E., *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Flammarion, 1988.

Freidson E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

Gadrey J., *La productivité des services hospitaliers*, La documentation française, N° 286,1998.

P. Gauthier, *Peut-on sauver les petits hôpitaux*, Revue française des affaires sociales, N°4, 1991.

Grangé D., Lebart D., *Traitements statistiques des enquêtes*, Paris, Dunod, 1993.

Gresle F., Panoff M., Perrin M., Tripier P., *Dictionnaire des sciences humaines*, Paris, Nathan université, 1994.

Ennuyer B., *Les malentendus de la dépendance*, Paris, Dunod, 2002.

Hassenteufel P., *Les médecins face à l'Etat, Une comparaison européenne*, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1997.

Hollenstein C., *La féminin pluriel*, Paris, Diplôme universitaire de responsable de formation, Université Marc Bloch Strasbourg 2,1999.

Harvey J., *L'incorporation des chiropraticiens au Québec : stratégies discursives et luttes professionnelles*, Recherches sociographiques, N° XXVII, 2, 1986.

Hughes E. C., *Le regard sociologique*, Textes réunis par J- M Chapoulie, Paris, Editions de l'EHESS, 1996.

F-A Isambert, *Alfred Schütz entre Weber et Husserl*, Revue française de sociologie, N° XXX, 1989.

Kahn A., *Le management par objectifs gagne les services de l'Etat*, Le Monde, 2.07. 2002.

Kergoart J., Boutet J., Jacot H., Linhart D. (sous la direction de), *Le monde du travail*, Paris, La découverte, 1998.

Kramarz F., *Déclarer sa profession*, Revue française de sociologie, N° XXXII, 1991.

Lahire B. (sous la direction de), *Le travail sociologique de P. Bourdieu, Dettes et critiques*, Paris, La Découverte/Poche, 2001.

Larson M. S., *The rise of professionalism, A sociological analysis*, Berkeley, University of California press, 1977.

Marrot B., *L'administration de la santé en France*, Paris, L'Harmattan, 1995.

Michaud G., *L'interdisciplinarité : problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités*, Paris, Revue de l'OCDE, 1972.

Moisdon J.C., *Quelle est la valeur du point ISA ?, Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français*, Sociologie du travail, N°1, 2000.

Montlibert C. de, *Introduction au raisonnement sociologique*, Presses universitaires de Strasbourg, 1990.

Mormiche P., *Le handicap se conjugue au pluriel*, Insee première, N° 742, 2000.

Offerlé M., *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrétien, 1994.

Olson M., *La logique de l'action collective*, Paris, PUF, 1978.

Paradeise C. et Lichtenberger Y., *Compétence, compétences*, Sociologie du travail, N°1, 2001.

Pierquin L., André J. M., Farcy P., *Ergothérapie*, Paris, Masson, 1980.

Pinto L., *P. Bourdieu et la théorie du monde social*, Paris, Albin Michel, 1999.

Piotet F., *Sur le travail*, Revue Projet, N° 259, 1999.

Queyroux C., *Statut et mobilisation des hommes dans la fonction publique hospitalière*, Revue française des affaires sociales, N°4,1991.

Quivy R., Campenhoudt L. Van, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 2000.

Ravoux V., *La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé, Contribution à l'analyse d'un concept*, Droit social, Juin 1994.

Reynaud J. D., *Les règles du jeu, L'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Colin, 1997.

Renaut S., *Vivre ou non à domicile après 75 ans : l'influence de la dimension générationnelle*, Gérontologie et société, N° 98, 2000.

Rouban L., *Les transformations de l'action publique*, Revue française d'administration publique, N° 86, 1998.

Santelmann P., *Du bon usage de la formation en alternance*, Revue française des affaires sociales, N°4, 1991.

Serré M., *De l'économie médicale à l'économie de la santé*, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 143, 2002.

Steudler F., *L'évolution de la profession médicale : essai d'analyse sociologique*, Cahiers de sociologie et de démographie médicale, N°2, 1973.

Steudler F., *Aspects sociologiques de l'évaluation en santé*, in L'évaluation médicale, Paris, Flammarion, 2000.

Thierry D., *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences à l'hôpital*, Revue française des affaires sociales, N°4, 1991.

Timsit G., *L'échec, mode d'emploi*, Revue française d'administration publique, N° 87, 1998.

Trepos J.Y., *Sociologie de la compétence professionnelle*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1992.

Trepos J.Y., *La sociologie de l'expertise*, Paris, PUF, Coll. « Que sais-je ?», 1996.

Vassy C., *Travailler en hôpital en Europe*, Revue française de sociologie, N° XL, 1999.

Volle M., *Analyse des données*, Paris, Economica, 1985.

Vrancken D., *Traité de sociologie du travail*, Bruxelles, De Boeck Université, 1994.

Weber M., *Economie et société*, Paris, Pocket, 1995.

Zarca B., *Identité de métier et identité artisa*nale, Revue française de sociologie, N° XIX, 1988.

Liste des sources qui ont servi comme références de base à l'élaboration de notre thèse :

- Les publications de l'ANFE à destination du public (exemple des plaquettes de présentation de la profession, livrets, etc.)
- Les publications de l'ANFE à destination des professionnels (Journal d'ergothérapie, Ergothérapies, Bulletin de liaison, Actes de colloques, etc.)
- D'autres publications à caractère professionnel (Expériences en ergothérapie, Le Quotidien du médecin, Revue de gestions hospitalières, Journal des métiers de la santé, etc.)
- Des quotidiens nationaux (Le Figaro, Le Monde, Libération)
- Diverses sources statistiques qui proviennent de l'INSEE, de la DREES, de la DDASS, du ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- Les documents internes à l'AFM et à l'APF
- Les résultats de l'enquête menée auprès des ergothérapeutes et des étudiants en ergothérapie.

Nous proposons de mentionner l'ensemble des références des deux principales revues en ergothérapie : Expériences en ergothérapie et Journal d'ergothérapie (qui s'intitule Ergothérapies à partir de 2000).

<u>Expériences en ergothérapie</u>

Besson P., *Ergothérapie et médecine libérale : comment travailler ensemble ?*, Expériences en ergothérapie, Masson, N°4, 1991.

Baussson J.Y., *A quoi les ergothérapeutes passent-ils leur temps ?*, Expériences en ergothérapie, Masson, N°6, 1993.

Bausson J. Y., *Evaluations micro-économiques des actions de santé. Quels enjeux pour la rééducation et la réadaptation*, Expériences en ergothérapie, Masson, N°6, 1993.

Bausson J.Y., Eiberle F., *Soins de suite ou de réadaptation*, Expériences en ergothérapie, Masson, N°9, 1994.

Bouquet C., Deltour C., *Eléments de réponse sur la place des ergothérapeutes dans une structure publique de psychiatrie*, Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N°6, 2000.

Campillo Y., Le Sommer M., Mindren N., *L'ergothérapeute dans une dynamique de communication interprofessionnelle ; des enjeux, une méthode, un rôle*, Expériences en Ergothérapie, Masson, N°4, 1991.

Carlino B., *Le domicile remis en question : 5 ans d'exercice libéral*, Expériences en ergothérapie, Sauramps Médical, N°5, 1999.

Colin F., *Comment une technique artisanale devient une technique thérapeutique*, Expériences en ergothérapie, Masson, N°5, 1992.

Couasné C., *Aspects financiers de mon exercice en libéral*, Expériences en ergothérapie, Sauramps Médical, N°6, 2000.

Couci G., *Ergothérapie substantif féminin, Expériences en ergothérapie*, Masson, N°4, 1994.

Destaillats J. M., Pelegris B., *La place institutionnelle de l'ergothérapie*, Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N°5, 1999.

Destaillats J.M., Sorita E., *La demande d'autonomie sociale*, Expériences en ergothérapie, Sauramps Médical, N°5, 1999.

Emery M., *Ergothérapie et Sécurité sociale*, Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N°6, 1993.

Erceville D., *L'organisation du travail en ergothérapie : une question d'actualité*, Expériences en ergothérapie, Masson, N°6, 1993.

Goullet B. de Rugy, *La démarche interdisciplinaire : rêve, cauchemar ou possibilité ?*, Expériences en ergothérapie, Sauramps Médical, N°4, 1998.

Grisoni M., *L'ergothérapie dans une structure d'hospitalisation à domicile*, Expériences en ergothérapie, Masson, N°5, 1992.

Orvoine C., *Dans les situations de travail en ergothérapie*, Expériences en ergothérapie, Masson, N°9, 1994.

Soyer M. O., Pinelli J., *Aide à l'aménagement du logement des personnes dépendantes du Bas-Rhin*, Expériences en ergothérapie, Sauramps médical, N°6, 2000.

Sintes M., Deant B., *L'ergothérapie au sein de la démarche qualité dans une clinique de rééducation fonctionnelle*, Expériences en ergothérapie, Sauramps Médical, N°4, 1998.

Journal d'ergothérapie

Arnaud C., Bernard-Granger C., Fallissard M., Jouan C., Montanier M., Nicolas C., Peulmeule L., Van der Becken H., *Ergothérapie et santé mentale : réflexions d'un groupe de travail*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°4, 1994.

Belheur J.P., *L'avenir de l'électronique et de l'informatique en ergothérapie*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°1,1986.

Carlino B., Séraphin O., *La Charte française des ergothérapeutes libéraux*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N° 1, 2000.

Deal O., *L'orthophonie dans un service de traumatisés crâniens adultes*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°3, 1985.

Dubouloz C.J., Duquette S., Award J., Perron P., *Profil descriptif de la recherche en ergothérapie en Amérique du Nord depuis les années 70*, Journal d'ergothérapie, Masson, N°3, 1997.

Dumont C., Maurin C., Ohanna F., *Retour à domicile et procédure d'indemnisation : quelle place pour l'ergothérapeute ?*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 2000.

Ehrler S., Chapron A., Pinelli J., *Place de l'ergothérapie dans la rééducation et la réadaptation après lésion de la coiffe des rotateurs*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°1, 1993.

Etienne A., *L'activité en Amérique du Nord : évolution vers une science de l'occupation*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1990.

Martin M., *L'Ergothérapie « autrement » ou la vie quotidienne dans un service de psychiatrie d'adultes*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°3, 1987.

Nicolas L., Couturier P., Jaton M., Bernard M., Greuillet F., Guyot F., Franco A., *Place de l'ergothérapie dans la réadaptation du sujet âgé en hospitalisation à domicile*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1995.

Pierquin L., Roche A., *Problèmes d'enseignement des auxiliaires médicaux. Kinésithérapie et ergothérapie*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N° 4, 1999.

Pibarot I., *« Ne dites pas à ma mère que j'ergonne, elle croit que je travaille »*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°3, 1996.

Schwartz M., *Autonomie: but thérapeutique, professionnel, personnel*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1991.

Therriault P. Y., Collard F., *Ergothérapie: « Je me souviens »*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1987.

Turlan N., *L'autonomie : approche conceptuelle pour une meilleure pratique*, Journal d'Ergothérapie, Masson, N°2, 1999.

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à exprimer toute ma gratitude à Jean Yves Trépos qui durant quatre années m'a accompagné dans ma réflexion sur la profession d'ergothérapeute. Il a su m'orienter dans des directions de recherche qui m'ont permis d'aborder le concept de profession sous des angles nouveaux. Il a témoigné de sa confiance tout au long de ce travail de recherche. En tant que directeur du laboratoire ERASE il m'a apporté un soutien dans la réalisation et la diffusion du questionnaire auprès des ergothérapeutes.

Je voudrais remercier Jean Claude Combessie, Professeur à l'université de Paris VIII, Philip Milburn, Maître de conférences à l'université de Metz et Hélène Hernandez, Directrice technique de l'Institut de formation en ergothérapie de Créteil (université Paris XII, Val de Marne) d'avoir accepté de participer au jury de thèse.

Ma reconnaissance s'adresse aussi à François Steudler, Professeur de sociologie à l'université Marc Bloch de Strasbourg. Son analyse de l'hôpital m'a permis de mieux comprendre la complexité de certains rouages administratifs. Et je le remercie de sa présence dans le jury de thèse.

J'exprime ma considération à Jacqueline Igersheim, Maître de conférences à l'université Marc Bloch de Strasbourg, pour son aide précieuse dans le traitement des résultats du questionnaire notamment dans le cadre de l'analyse factorielle des correspondances.

Je tiens aussi à remercier les directeurs techniques des Instituts de formation en ergothérapie qui ont été un relais important dans la diffusion du questionnaire auprès des étudiants.

Mes remerciements s'adressent aussi aux nombreux étudiants et bien sûr aux ergothérapeutes en exercice qui ont bien voulu répondre aux questionnaires.

Je remercie aussi les ergothérapeutes qui m'ont accordé un entretien : Laurent Berges, Annick Brumter, Andrée Chapron, Paul et Marie-Thérèse Farcy, Denis Fuchs, Gabriel Gable, Philippe Grossmann, Hélène Hernandez, Maryse et Guy Leduc, Anne Moreau, Philippe Vaur.

Toutes ces personnes, par leur regard et leur expérience, nous ont apporté des éclairages différents sur la profession d'ergothérapeute. Nous avons su aussi profiter des informations de Robert Cordier et de Danielle Talhouarn de l'AFM sur la position du technicien d'insertion au sein des équipes SRAI.

Grâce à la compréhension de plusieurs responsables des services statistiques de l'INSEE ou de la DDASS nous avons recueilli des données statistiques intéressantes pour compléter celles propres à l'enquête.