

**INSTITUT DE FORMATION DES CADRES
DE SANTE
C.H.R.U. DE MONTPELLIER**

L'IDENTITE DANS LE FLOU DES REPERES

**Mémoire en vue de l'obtention du
Diplôme de Cadre de Santé
Juin 2013**

Sous la direction de Madame Paule Bourret

DORVAL Thierry

Préambule :

L'ergothérapie et la mort de la vannerie¹...

Ergothérapeute, quelle est donc cette profession ? C'est vrai au fond, à quoi sert-il? Comment expliquer ce métier, que même les ergothérapeutes ne savent pas dire ? « Il est des paroles que nous ne disons pas et que nous mettons sans le dire dans les choses ».

Pendant longtemps, ces « choses » qui devaient parler pour nous c'était notre panier de vannerie. C'était peut-être un peu réducteur et ce panier ne semblait pas dire suffisamment. Certes les ergothérapeutes travaillent, de plus en plus et sont de plus en plus nombreux, mais les choses qu'ils disent à travers les « choses » ne semblent toujours pas dire grand-chose.

Pourquoi encore aujourd'hui avons-nous besoins de dire, d'expliquer, de justifier quand le silence devrait suffire ? « Certains regards ne passent que par les yeux ». Peut-être que certaines paroles ne passent que par les mots.

Essayons ici de regarder les ergothérapeutes. Le regard d'un ergothérapeute sur les ergothérapeutes pour trouver entre soi et soi-même, cette porte qui ouvrirait sur le plus ancien brouillon, la première copie, et essayons de mieux comprendre l'osier de ce panier.

¹ Librement inspirait de « Poésie Verticale » de Roberto Juarroz, traduit de l'espagnol par Roger Munier, Ed Fayard, 1980, collection document spirituel

Remerciements :

Avant de commencer ce mémoire, je voudrais remercier Mme Paule Bourret qui a su me guider tout au long de l'évolution de ce mémoire et m'apporter la richesse de ses remarques.

Je voudrais également remercier tous ceux et toutes celles qui ont eu la gentillesse et la confiance de me laisser à voir leur travail et leur point de vu, sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

Je tiens pareillement à remercier tous ceux qui ont accepté de consacrer du temps à la relecture et à la finalisation de ce travail.

Enfin je voudrais remercier spécialement ma famille et surtout ma compagne qui m'aura apporté son soutien et bien des fois un précieux éclairage dans l'élaboration de ces pages.

Préambule :	2
Introduction	7
1. Le point de départ.....	9
1.1. « Ergothéra » quoi... ? Comme l’ergot du poulet ?.....	9
1.2. Qu’est ce qui permet à un professionnel de trouver sa place dans une équipe dans laquelle les tâches ne sont pas identifiantes ?	11
1.3. Des diplômes différents pour le même acte : le champ d’activité partagé.....	12
2. L’identité professionnelle, de l’individu à la profession.....	13
2.1. La profession porte d’accès à une identité sociale	13
2.1.1. Se construire pour soi, se construire pour les autres	13
2.1.2. La reconnaissance par le regard de l’autre	15
2.1.3. Quand le métier devient profession.....	16
2.1.4. L’approche fonctionnaliste, « C’est en forgeant qu’on devient forgeron ! ».....	17
2.1.5. L’approche interactionniste symbolique, « L’habit qui fait le moine !».....	18
2.2. La dynamique des constructions identitaires, « Etre ou vouloir être, là est la question ! ».....	19
2.2.1. Les intra-subjectives, ce qui dépend de moi	20
2.2.2. Les inter-subjectives, ce qui dépend de l’autre	20
2.2.3. Typologie des Stratégies identitaires, « A chacun son chemin ! ».....	21
3. Eclaircissement sur l’ergothérapie	25
3.1. L’ergothérapie dans l’histoire	25
3.2. La démarche en ergothérapie	26
3.3. Les concepts en ergothérapie	28
3.4. Les patients de l’ergothérapeute.....	30
3.5. Présentation de l’ergothérapie en France aujourd’hui.....	30
3.5.1. Contenu et déroulement de la formation (ANFE).....	30
3.5.2. La législation et le décret d’acte de l’ergothérapie.....	33

3.5.3.	Etat des lieux sur la démographie des ergothérapeutes (ANFE).....	35
3.5.4.	Les profils sociologiques de l'ergothérapeute.....	36
3.5.5.	Les lieux d'exercices de l'ergothérapeute.....	38
3.6.	L'ergothérapie en psychiatrie aujourd'hui.....	39
4.	La construction du travail ensemble – les rapports professionnels autour du champ partagé.....	41
4.1.	La connaissance et la reconnaissance de l'autre préambule incontournable au travail ensemble.....	41
4.1.1.	Méthodologie.....	42
4.1.2.	Eléments de réponses recueillis.....	43
4.1.2.1.	Qu'est-ce que votre métier ?.....	43
4.1.2.2.	Qu'est-ce que vous connaissez du métier des autres ?.....	46
4.1.2.3.	L'exercice difficile de l'explication d'une profession.....	48
4.2.	L'identité sociale et professionnelle reconnue au travers du légal.....	51
4.2.1.	Cadre légal de l'ergothérapeute (Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie).....	52
4.2.2.	Cadre légal de l'infirmier. (Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).....	53
4.2.3.	Cadre légal du psychomotricien. (Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice).....	56
4.2.4.	Cadre légal de l'éducateur-Spécialisé. (Arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé).....	58
4.2.5.	Contexte de l'art-thérapeute. (LARSEN, Art-thérapie).....	60
4.2.6.	Absence de contours clairs, flou des définitions.....	62
4.2.7.	Un cadre légal qui faillit à sa mission.....	63
4.3.	La genèse de l'identité dans la formation initiale.....	65
4.3.1.	Méthodologie du recueil des informations.....	66
4.3.2.	Le contexte de l'évaluation observée.....	66

4.3.3.	Noémie	68
4.3.4.	Noélie	69
4.3.5.	Discussion de fin d'évaluation.	70
4.3.6.	La formation initiale, la quête de l'identité professionnelle.....	72
4.4.	La mise à jour du travail ensemble.....	73
4.4.1.	Présentation du contexte d'observation.....	75
4.4.2.	Méthodologie	77
4.4.3.	Eléments recueillis et synthèses.	78
4.4.3.1.	« Débriefing » – la parole partagée.....	78
4.4.3.2.	Le point de vue de Justine.....	84
4.4.3.3.	Le point de vue de Benoit	92
4.4.4.	Le découpage implicite, l'équilibre tacite, la reconnaissance explicite	102
5.	Limites du travail de recherche.	104
6.	La prise en compte de l'identité professionnelle comme outil de management	106
6.1.	Le besoin de reconnaissance, besoin primaire	107
6.2.	La valorisation de l'identité par la formation.....	110
6.3.	Le travail interprofessionnel est-il vraiment possible ?	111
6.4.	Permettre le travail ensemble	113
	Conclusion.....	115
	Bibliographie.....	117

Introduction

Dans les unités de soins pluri professionnelles, où se mêlent des professionnels de spécialités différentes, l'équilibre de la coopération entre tous les acteurs est souvent difficile à trouver.

Certes parfois les articulations entre professionnels se trouvent d'évidence : ni les mêmes fonctions, ni les mêmes compétences, ni les mêmes tâches à accomplir. La coordination de professionnels aux compétences différentes ne pose en effet pas de difficulté pour peu que leurs compétences puissent se compléter.

Mais qu'en est-il lorsque les professionnels partagent certaines compétences, certains champs d'actions ? Qu'est-ce que cela engendre pour le professionnel lui-même en terme d'identité professionnelle, de positionnement, de reconnaissance, lorsque son travail ne se distingue plus de celui des autres ?

L'ergothérapie de par sa nature polymorphe et la multiplicité de ses champs d'interventions, se confronte régulièrement à ces questions de partages de compétences, de champs d'actions partagés. L'ergothérapeute se retrouve alors bien souvent dans cette posture, où il s'agit de dire, d'expliquer, de prouver sa spécificité. Il n'est pas le seul professionnel dans cette situation : les psychomotriciens, les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes, les infirmières spécialisées en bloc opératoire travaillant de pair avec les infirmiers diplômés d'état autour du même champ opératoire, les infirmiers en psychiatrie et les éducateurs spécialisés. Les exemples pourraient se multiplier suffisamment pour signer une problématique qui interroge plus précisément sur ce qui relève du fonctionnement d'une équipe multi professionnelle dans ces contextes particuliers.

Je vais donc essayer de traiter ces questions par le prisme de la profession d'ergothérapeute, et particulièrement de l'ergothérapie en psychiatrie. Non pour m'interroger sur cette profession en tant que telle, mais, en m'appuyant sur elle et la connaissance que je peux en avoir, pour nourrir ma réflexion.

Je commencerai, dans un premier temps, après avoir expliqué les éléments qui m'ont orienté vers cette thématique, et afin de faciliter la compréhension de mes propos, par un bref rappel du contexte de la profession d'ergothérapeute en France à ce jour.

Dans un second temps j'aborderai les notions d'« identité professionnelle ». Pour se faire je m'appuierais sur l'éclairage de C.Dubar qui s'est interrogé sur les questions d'identité professionnelle et par les propos de M.Kaddouri qui aborde les dynamiques de construction

identitaire. Ainsi que sur C.Wagner, qui a traité spécifiquement de la profession d'ergothérapeute au travers de son livre

Au regard de ces concepts théoriques, j'étayerai cette analyse par une brève étude comparative du contexte légal et administratif. Je poursuivrai par des enquêtes de terrains et des propos recueillis auprès de professionnels en poste, pouvant apporter un éclairage précieux de par leurs expériences, à la compréhension de ces difficultés. Ainsi j'aborderai les notions de connaissances et de reconnaissances que peuvent avoir des professionnels entre eux dans une équipe multiple. Je me hasarderai par la suite, dans la lecture et l'analyse des textes professionnels qui régissent les professions. J'essayerai également de mettre en lumière la notion d'identité professionnelle au moment de la formation initiale au travers d'une situation d'évaluation. En fin, je présenterai une observation faite autour d'un groupe Co-animé, pour repérer les éléments d'interactions au vue de l'identité professionnelle autour d'une situation concrète de travail.

Pour finir je reprendrai les grands principes qui auront été évoqués pour comprendre comment les intégrer dans la posture du cadre de santé garant de la coordination et de la coopération d'une équipe pluri professionnelle dans laquelle il évolue.

1. Le point de départ.

Ce travail d'initiation à la recherche s'inscrit dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'étude à l'IFCS de Montpellier. Lorsqu'il s'est agi de s'interroger sur une thématique que je souhaitais traiter, un bon nombre de pistes s'offraient à moi. Pour autant, l'une d'entre-elles s'est dégagée plus particulièrement, peut-être plus investie, plus affective, avec laquelle j'ai choisi de cheminer au cours de cette année.

1.1. « Ergothéra » quoi... ? Comme l'ergot du poulet ?...

Etant ergothérapeute, dès le début de ma formation, j'ai compris qu'il s'agissait d'une profession à part, peu connue, mal référencée, comme nous le rappelle C.Wagner « *La question de la place de l'ergothérapie est une constante dans l'histoire de cette profession.* » (WAGNER, 2005, p. 79). Mais je ne savais pas alors, ou du moins je n'imaginai pas, que dix ans plus tard il s'agirait encore d'écrire ces mêmes mots. Il est toujours aussi fréquent d'avoir à recommencer les mêmes réponses aux immuables «ergothérapeute, c'est quoi au juste ?», « ergothérapeute ? Comme l'ergot du poulet ? » D'avoir à être attentif aux mêmes nécessités de définition de sa profession.

Dans ma vie professionnelle d'ergothérapeute, j'ai souvent été confronté à des organisations, des collègues qui ne connaissaient pas, ou ne voulaient pas connaître, les contours de cette profession. Pourtant « *L'ergothérapeute ne peut pas exercer son art si le médecin ignore l'existence ou l'utilité de la pratique de l'ergothérapie. Position qui s'accroît dès lors que le public se situe dans la même position d'ignorance.* » (WAGNER, 2005, p. 72).

Cette nécessité de justification reste une expérience à laquelle tous les ergothérapeutes se plient avec plus ou moins de facilité, de justesse, et parfois d'épuisement. A chaque prise de poste il faut reprendre ses explications, argumenter, justifier une spécialité, une pratique. Il faut justifier d'une compétence spécifique dans l'accompagnement et le retour à domicile des patients, d'une compétence particulière dans l'évaluation, dans la rééducation, dans la prise en charge globale, dans l'accompagnement médico-social etc. Et si ce travail d'éclairage n'est pas fait, alors le risque est grand que son action se retrouve limitée : par exemple uniquement dans la gestion et l'entretien du matériel, dans la rééducation locomotrice réduite à celle d'un membre supérieur, dans les conseils d'aménagement qui se restreignent sur le plan matériel ou architectural, ou encore dans une partie limitée de l'évaluation fonctionnelle.

Comme nous le révèle l'enquête menée par C.Wagner sur des professionnels et des étudiants en ergothérapie, c'est en psychiatrie que l'ergothérapeute a le plus de difficulté à travailler.

Son travail correspondant à l'accompagnement de patients ayant des troubles psychologiques ou psychiatriques, autour d'activités manuelles artistiques ou artisanales comme la peinture, la menuiserie, le modelage etc. Sa place se confond alors bien souvent, avec celles d'autres acteurs comme les art-thérapeutes, les infirmiers, et parfois les éducateurs spécialisés, qui peuvent eux aussi, être amenés à réaliser ces mêmes activités. En effet à la question posée dans l'enquête de C.Wagner, sur les aspects que les professionnels et les étudiants trouvent les moins intéressants de leurs professions, la majorité des réponses tournent autour d'un problème de reconnaissance, de méconnaissance de la profession, de cloisonnement de pratique, bref de l'activité en général de l'ergothérapeute en psychiatrie. C'est cette confusion des actions, cette méconnaissance de sa spécialité par les autres professionnels, que l'ergothérapeute en psychiatrie relève comme étant sa principale difficulté de travail. *« 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 sur ses compétences. »* (WAGNER, 2005, p. 80).

En changeant de métier je ne cherchais pas à fuir ces luttes professionnelles dont je me sens encore proche, mais je ne pensais pas devoir m'y replonger aussi rapidement. Et pourtant, durant cette année de formation à l'IFCS de Montpellier, les observations régulières faites dans un service de psychiatrie présentant une équipe pluri professionnelle, m'ont confronté à nouveau à cette profession mal identifiée, mal connue.

Pour commencer dressons un peu le contexte de cette unité. Il s'agit d'une unité ouverte qui accueille des patients dans un contexte de pathologie psychiatrique. Cette unité est composée de différents professionnels avec 18 infirmiers (dont 4 issus de l'ancienne filière ISP), 5 ASH, 1 psychomotricienne, 2 ergothérapeutes, 1 psychologue, 1 assistante sociale et 4 médecins psychiatres. L'accueil des patients dans cette unité se fait dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ou dans un contexte d'hospitalisation de jour. N'allons pas plus avant dans la présentation du fonctionnement de cette unité qui n'apporterait rien à mes propos pour aller à l'essentiel. Un des axes fort de la prise en charge des patients dans cette unité se fait par le biais d'activité de « sociothérapie » autour de groupes médiatisés comme la peinture, la musique, l'expression corporelle, l'écriture etc. qui sont alors encadrés essentiellement par l'équipe infirmière de cette unité, mais qui, pour quelques activités, comme les groupes

« expression corporelle », « eau et thérapie », « écriture », « terre », sont encadrés par un binôme composé soit de la psychomotricienne, soit de l'ergothérapeute et d'un infirmier(ère).

A la simple observation de ces groupes, il n'est pas possible de distinguer la profession des thérapeutes chacun agissant de façon identique en apparence. Ceci pouvant alors engendrer une confusion de positionnement et une perte de lisibilité des spécialités. Mais alors, s'agissait-il d'une volonté des professionnels de ne pas rendre lisible leurs spécificités ? S'agissait-il de l'expression d'une difficulté pour les professionnels de faire valoir leurs champs de compétences, leurs spécificités ? Ou bien, s'agissait-il de la manifestation de la place de professionnels aux compétences spécifiques peu reconnues ? Voilà, entre autre, les questions qui me sont apparues et auxquelles j'ai eu besoin de donner du sens.

1.2. Qu'est ce qui permet à un professionnel de trouver sa place dans une équipe dans laquelle les tâches ne sont pas identifiantes ?

Généralement lorsqu'une personne présente son activité professionnelle, elle va commencer par mettre en avant le « titre générique de son poste » (comptable ; ambulancier ; agriculteur ; infirmier) et précisera par la suite le contenu de son quotidien. Lorsqu'il s'agit de professionnels paramédicaux le « titre générique de son poste », c'est-à-dire infirmier, ergothérapeute, psychomotricien, masseur-kinésithérapeute, est rempli de valeurs, de symboliques de représentations, que les professionnels mettent en avant comme particulièrement identifiantes pour eux. Or parfois il peut y avoir un décalage entre ce titre générique, qui, du fait de leurs spécialités, apparaît comme distinct (« ce que je fais, je le fais parce que je suis... ergothérapeute, infirmier, orthophoniste »), et la distinction dans ce qu'ils font (comme pour l'évaluation de la dépendance qui peut être faite par l'ergothérapeute, les infirmiers, les aides-soignants ou les kinésithérapeutes). En effet dans une équipe pluri-professionnelle, les gens sont identifiés par ce qu'ils sont (leurs spécialités), mais aussi par ce qu'ils font. Qu'en est-il alors quand ce qui est fait ne permet plus d'identifier le professionnel ? Quand ce qu'il fait de par la nature de sa profession, est également réalisé par d'autres professionnels ?

On voit bien ici que cette situation peut créer un trouble inconfortable pour le professionnel dans son vécu et l'expression de sa propre identité professionnelle. Mais il s'agit de voir ici, si ce n'est pas aussi au travers et grâce à cette même identité professionnelle, que cet inconvénient pourra se dissiper.

1.3. Des diplômes différents pour le même acte : le champ d'activité partagé

Comme je viens de le dire, il existe des situations où le travail concret, la tâche réelle à accomplir, est partagée par différents professionnels (évaluation de la dépendance, fonctionnelle ; prise en charge de patients autour d'activité à médiation ; mais aussi concrètement partage des tâches entre auxiliaire de puériculture et aide-soignante etc.). Le partage de ces activités de travail, de ces tâches à accomplir, de ces champs d'actions professionnels, peut générer des difficultés de positionnement, de définition de ses contours voir au pire la négation d'une profession. Si dans le cadre d'une activité coordonnée d'équipe pluri-professionnelle ce que je fais est également fait par d'autres, qu'est-ce qui légitime ma présence ?

Bon nombre d'activités sont partagées par l'ensemble des professionnels d'un service, d'une structure, sans pour autant totalement correspondre au même contexte. Par exemple pour ce qui est de la cotation d'actes, de la gestion administrative, informatique ou non, des dossiers patients, des comptes rendu de prise en charge, et bien d'autres activités encore. Il s'agit bien là de réelles activités remplissant le quotidien de travail des professionnels. Pour autant, toutes ces activités engendrent-elles les mêmes questions ? Assurément non, car il ne s'agit pas d'activités « cœur de métier », d'activités fortement investies et identifiantes pour les professionnels. Pour preuve, les éléments recueillis auprès de cet infirmier au cours d'un entretien sur sa pratique quotidienne « *...ce qui est compliqué c'est qu'on gère tout mais...mal...et puis il faut le temps aussi, ne pouvoir se consacrer qu'à ça, mais on l'a pas parce qu'on gère l'administratif, on gère les entrées, on gère l'hygiène...* ». L'information donnée ici est sa frustration à ne pouvoir se consacrer sur l'essentiel, sur ce qu'il considère comme son activité cœur de métier, la prise en charge des patients, et de devoir se livrer également à de multiples activités annexes, parasites. Ainsi sur ces tâches annexes, ou périphériques, contrairement aux autres tâches plus nobles, cœurs de métiers, il n'y a pas d'identification professionnelle². Il n'est pas question de définition de sa pratique, de ses représentations personnelles associées. Il n'y a qu'une contrainte institutionnelle de fonctionnement.

Ce n'est pas à ce type d'activités partagées qu'il va s'agir de faire référence ici. Dans l'objet de ce mémoire, il s'agira d'entendre par « activités partagées », les activités cœur de métier,

² Même s'il peut y avoir des identifications personnelles propres à l'histoire d'un agent en particulier et qui lui octroie une place particulièrement identifiante dans l'organisation.

c'est-à-dire fortement associées par l'agent comme relevant et identifiant sa profession et qui, pour autant, peuvent être réalisées par d'autres acteurs. La notion de profession est liée à un contenu d'actions, de savoirs spécifiques, de repère dans l'agir que chaque professionnel s'est approprié comme l'incarnation de sa profession et ainsi lui permettent d'accéder à une socialisation de groupe, ici de groupe professionnel. Ainsi si ce par quoi l'individu peut accéder à sa reconnaissance de professionnel, c'est-à-dire son action concrète du quotidien, ne permet pas de l'identifier, c'est sa propre identité professionnelle qui est alors interrogée.

2. L'identité professionnelle, de l'individu à la profession

2.1. La profession porte d'accès à une identité sociale

2.1.1. Se construire pour soi, se construire pour les autres

On entend par « socialisation » les processus d'incorporations et de fonctionnements, qui permettent à un individu de participer et de s'inclure dans un groupe social. C'est à dire, comme le rappelle C.Dubar « d'être intégré socialement ». Il s'agira d'entendre ici une inclusion sociale dans un groupe professionnel soit de structure (l'hôpital, le service, la spécialité) soit de spécialité (ici l'ergothérapie).

Plusieurs théories de la socialisation ont vu le jour comme celle d'E.Durkheim, qui voit dans cette socialisation les conséquences de « contraintes verticales » exercées par le poids du groupe, de la société, sur l'individu. Une critique sera faite de cette approche par J.Piaget qui donnera une place importante à la « coopération » entre l'individu inscrit dans une démarche de socialisation, et le groupe social de référence. Selon lui, il s'agit d'appréhender la socialisation dans un aspect dynamique, mais surtout de le regarder dans sa construction interactive des conduites sociales induites, et non plus seulement dans son aspect vertical d'inculcation.

P.Bourdieu reprendra le concept « d'habitus » étudié par de nombreux auteurs avant lui, pour lui en donner une définition opératoire plus large. Il entend par « habitus » « *systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations* » (DUBAR, 2011, p. 65). Cette construction se nourrit des expériences antérieures en ne retenant que celles qui ont le plus de chances d'aboutir, ceci engendre une régulation de base par la soumission à l'ordre établi. Ainsi

défini l'habitus pourrait être un frein au changement social, pour autant, il rajoutera la notion « d'incertitude ». En effet l'habitus ne conditionne que dans la mesure où les conditions dans lequel il fonctionne correspondent aux conditions dans lesquelles il est né. C'est une culture de groupe d'origine. En d'autre terme, il s'agit d'entendre par « habitus », tel que nous le présente P.Bourdieu, l'ensemble des expériences, habitudes, éléments qui construisent et conduisent à une attitude, un fonctionnement tout en y incluant une possibilité d'adaptation du fait de la notion « d'incertitude » assujettie à la reproductibilité des situations. On voit bien ici, au-delà de la question de la construction de la socialisation, se dessiner une notion de trajectoire individuelle et ainsi une identité sociale unique. Dans le sujet qui nous occupe dans ce travail, on peut alors voir se dessiner cette notion de trajectoire individuelle au fur et à mesure des évolutions de ces « habitus » acquis durant la formation initiale, puis au décours des expériences professionnelles et interactions rencontrées çà et là.

G- H. Mead a regardé la socialisation comme la construction d'une identité sociale. Il aborde alors la notion « d'agir communicationnel » qu'il place au centre de la construction de soi dans les interactions de groupe, et plus uniquement dans l'agir instrumental. Son approche arbore le « langage », gestes et postures, produits en réaction à un acte social, commun à tous les individus d'un même groupe, comme un élément fondateur et caractéristique de ce qu'il nomme « l'esprit » d'un groupe. Il s'agit d'une réaction « symbolique » à l'attention d'autrui en réaction à son geste. On voit alors que la notion d'identité sociale détient, non seulement une valeur personnelle (sa profession), intime à chacun, mais qu'elle est en plus destinée à l'autre et transpire au travers de « l'agir communicationnel » à savoir la façon et les mots employés pour définir sa place, son métier, les activités quotidiennes que l'on réalise.

Pour autant, ces auteurs ont essentiellement axé leurs travaux sur la socialisation des enfants, sur leurs apprentissages dans leurs vies d'adultes et des normes qu'ils doivent embrasser pour participer à la vie sociale du groupe d'adulte. C'est avec les travaux de P.Berger et de T.Luckmann, qu'une distinction importante va apparaître avec les notions de socialisation primaire et de socialisation secondaire.

Par socialisation primaire, les auteurs entendent l'incorporation par l'enfant de son monde vécu, de ses relations sociales immédiates avec ses parents, sa famille et plus tard ses relations de camarades à l'école.

Mais l'originalité de cette approche est de considérer la socialisation de chaque individu dans son aspect dynamique et sans fin, permettant ainsi d'amener la notion de socialisation

secondaire. Il ne s'agit pas d'entendre par cet autre temps une simple reproduction des éléments incorporés au cours de la socialisation primaire, mais bien au contraire d'un temps d'incorporation de nouveaux éléments constitutifs d'un monde « nouveau », plus large que le simple cercle familial initial, que l'individu s'appropriera dans un champ spécialisé qui est celui de l'activité professionnelle. Cette fois l'aspect dynamique de la socialisation introduit non plus une continuité, mais l'appropriation de nouveaux habitus, professionnels cette fois, entre l'identité acquise par l'individu au cours de la socialisation primaire, et une nouvelle identité acquise dans la socialisation secondaire. Chaque élément doit alors coexister harmonieusement pour permettre le maintien d'un équilibre acceptable au risque, si un écart trop grand de valeurs devait perdurer, de plonger l'individu dans un trouble pouvant aller jusqu'à la crise identitaire.

Ainsi par socialisation il s'agit d'entendre la place, le rôle occupé par un individu au sein d'un groupe social, sa famille, son voisinage, sa communauté et les règles, les actions, les comportements qu'il aura appris à lire, décoder pour finalement se les approprier et ainsi participer de façon pleine et entière, à ce même groupe et d'y trouver sa place en fonction de son rôle social, ici, sa profession.

2.1.2. La reconnaissance par le regard de l'autre

L'apport de la psychanalyse place la notion d'identité au cœur du plus intime de l'individu. Il y est ainsi fait la distinction de l'identité pour soi, celle que je porte, dans laquelle je me reconnais, et l'identité pour autrui, dans mes interactions sociales. Ces deux aspects identitaires, pour soi et pour les autres, y sont tout à la fois distincts et inséparables. En effet, l'identité vécue a besoin du regard de l'autre pour être confirmée même si ce regard est nécessairement source d'interprétations subjectives. Ainsi c'est dans la communication qui s'instaure entre soi et autrui que se forge, se confirme, s'ancre sa représentation subjective de son identité propre. De façon plus simpliste, on pourrait alors dire « je suis infirmier, ergothérapeute, aide-soignant, dans ma propre représentation de cette identité, mais aussi dans ce que toi, collègue, tu me renvoies ».

Pour autant il peut apparaître des distensions importantes lorsque l'image renvoyée par l'autre n'est pas en conformité avec sa propre image vécue, ou souhaitée : « Je suis ergothérapeute dans ma représentation propre mais toi (structure ou collègue) tu ne me reconnais pas dans cette identité ou compétence associée ! ». En effet, comme nous le rappelle C.Dubar, il s'agit de distinguer les « actes d'attributions » qui révèlent l'identité sociale attribuée par l'autre, des

« actes d'appartenances » qui relèvent de son identité pour soi subjective. Or il n'y a pas de correspondance systématique entre ces éléments. Pourtant c'est dans un premier temps de par mon identité d'appartenance, et ainsi de par les actes qui en découlent, que se fera la rencontre de l'autre qui, à son tour me renverra une identité sociale générique d'appartenance à tel ou tel groupe. On voit alors s'ébaucher la notion de transactions, internes et externes, pour l'individu pris à parti entre son vécu interne et sa représentation sociale. Le but de ces transactions étant alors de réduire l'écart entre ces deux identités la « réelle », ou celle vécue par l'individu, et « virtuelle », ou celle attribuée. Il s'agira ainsi pour la personne soit d'adopter des stratégies de transaction « externes » visant à accommoder les deux représentations, soit des stratégies « internes » visant à faire correspondre son identité vécue à celle octroyée. Ainsi, s'il s'agissait de reprendre un simulacre de phrase qui pourrait être dite par un ergothérapeute lors d'une prise de poste comme : *« Je suis le nouvel ergothérapeute, c'est mon métier. J'ai appris mon métier à l'école et dans mes expériences professionnelles précédentes. Et j'arrive aujourd'hui dans ce service pour travailler avec vous. Je vais vous expliquer mon métier et ce que je peux faire et j'espère que nous arriverons à travailler ensemble et que vous reconnaîtrez mes compétences »* avec le regard de cet apport théorique, on pourrait alors entendre : *« je suis le nouvel ergothérapeute (identité professionnelle personnelle), c'est mon métier (socialisation de groupe professionnel). J'ai appris mon métier à l'école et dans mes expériences professionnelles précédentes (au travers de mes socialisations secondaires et en faisant évoluer mes habitus). Et j'arrive aujourd'hui dans ce service pour travailler avec vous (socialisation de groupe fonctionnel, de service). Je vais vous expliquer quel est mon métier et ce que je peux faire (actes d'appartenances) et j'espère que nous arriverons à travailler ensemble et que vous me reconnaîtrez dans mes compétences (actes attribués) »*.

2.1.3. Quand le métier devient profession

Le terme de « profession » peut être pris dans son sens large et commun, à savoir emploi, métier, travail etc. partagé par un ensemble de personnes y consacrant la majeure partie de leur temps. Pour autant, s'il s'agit d'aller plus avant dans la compréhension fine de ce qu'est une profession, et notamment de la distinguer du « métier », alors quelques nuances peuvent être abordées.

« Métier » et « Profession » sont issus des corporations moyenâgeuses. Par corporation était comprise à cette époque, les personnes qui pratiquaient une activité réglementée et contrôlée

par une instance régulatrice, assurant la formation, la légitimité et le monopôle d'action. Cette appartenance à ces confréries était alors symbolisée par une cérémonie rituelle où l'individu devait s'engager à respecter les règles propres à la communauté, à garder ses secrets et à porter honneur et respect aux jurés.

De cette organisation du travail, a découlé une évolution qui s'est basée non sur l'appartenance ou non à une corporation, mais sur le type de travail et sur le lieu d'apprentissage. En effet, à cette époque s'est faite la distinction des métiers relevant de l'action de la main, et des professions, relevant de l'esprit et enseignées à l'université.

Par la suite, avec l'avènement de la sociologie et notamment de la sociologie du travail, de nombreuses tentatives de définitions ont été faites.

2.1.4. L'approche fonctionnaliste, « C'est en forgeant qu'on devient forgeron ! »

Ainsi, aux États-Unis, les travaux de A.M.Carr-Saunders et P.A.Wilson établissent une approche de la profession de par sa spécialisation de services spécifiques, dans l'existence d'instances, associations professionnelles assurant patronage et protection de ses membres en définissant et contrôlant les règles d'exercices ainsi que les règles déontologiques, mais aussi et surtout, dans la constitution d'un parcours de formation théorique et spécifique commun.

T.Parsons va, par la suite, étayer cette approche en faisant de la relation médecin-malade le modèle de la relation entre le professionnel et un client. Il introduira alors une dimension de détachement du professionnel dans sa démarche mise au profit du patient.

M.Maurice, quant à lui, a réalisé une étude comparative de huit auteurs, pour en tirer trois aspects partagés autour

- de la spécialisation de savoir.
- la formation intellectuelle spécifique.
- l'idéal de service.

Suites à ces travaux, J-M.Chapoulie va amener une définition qui se veut plus large et consensuelle, basée sur :

- Une compétence technique et scientifiquement fondée.
- L'acceptation et la mise en pratique d'un code éthique réglant l'exercice de l'activité professionnelle.
- Une formation professionnelle longue dans des établissements spécialisés.
- Un contrôle technique et éthique des activités exercées par l'ensemble des collègues considérés comme seuls compétents.
- Un contrôle reconnu et organisé par les autorités légales.
- Une communauté réelle de membres partageant des « identités » et des « intérêts » spécifiques.
- Une appartenance par les revenus conférant prestiges et pouvoirs.

Dans ces deux dernières approches on peut constater une distinction de nature, entre M.Maurice qui établit sa définition sur la reconnaissance d'un savoir-faire, quand J-M.Chapoulie met plus l'accent sur l'aspect communautaire, le groupe identitaire professionnel. Pour autant C.Dubar met en évidence la convergence de ces approches autour d'une communauté de valeurs et de savoirs spécifiques.

2.1.5. L'approche interactionniste symbolique, « L'habit qui fait le moine !»

E.C.Hugues quant à lui envisage la profession dans ce qu'elle implique d'interaction autour de la détention d'un savoir sacré spécifique. Ainsi il distingue les professions « autorisées » à entendre l'inavouable. Pour cela le professionnel a non seulement le diplôme, la « *licence* », le lui permettant, mais il en a aussi le « *mandat* », l'obligation octroyée par la société.

Pour lui aussi l'existence d'institutions visant à protéger les mandats des professionnels et à éloigner les non-initiés des « *sachant* » reste un élément prépondérant. Ces organisations assurent alors le lien entre l'état et la communauté professionnelle et visent à renforcer régulièrement le poids des « *licences* » et des « *mandats* ».

Autre point déterminant dans l'approche d'E.C.Hugues, reste l'existence d'une communauté de valeurs, d'une « *vision du monde* » qui discrimine ceux non susceptibles d'appartenir à la communauté.

Pour finir, dans un article intitulé « fabrication d'un médecin », il rapporte les deux mouvements contributifs à la socialisation professionnelle selon lui autour de « *l'initiation* » dans un premier temps, durant la formation, visant à inculquer les règles communes au groupe professionnel, et de la « *conversion* » durant laquelle l'individu fait siennes ces représentations et valeurs professionnelles, pour endosser sa nouvelle identité professionnelle.

De ces approches « fonctionnalistes » ou « interactionnistes », sans avoir la prétention d'en faire une synthèse, on peut tout de même noter une convergence autour d'une position privilégiée octroyée par la profession. D'un point de vue « fonctionnaliste » au travers d'études spécifiques, dans des écoles identifiées, autour d'un savoir significatif et avec des préoccupations, valeurs partagées et dans un rapport à l'autre remarquable (approche « interactionniste »). On voit alors bien ici, le calque immédiat qui peut être posé sur les professionnels de la santé qui, pour ne prendre que la profession infirmière, suite à des études en IFSI dans laquelle la personne aura acquis savoir théorique et applicable, et durant laquelle elle se sera forgée une vision partagée par ses pairs du patient (approche « fonctionnaliste »), elle exercera au chevet du malade dans un rapport soignant/soigné déséquilibré qui entraînera une nécessaire vigilance et responsabilité (approche « interactionniste »).

2.2. La dynamique des constructions identitaires, « Être ou vouloir être, là est la question ! »

Pour M.Kaddouri, la notion d'identité est piégeante car elle désigne tout autant un processus dans sa notion dynamique d'un processus évolutif, qu'un état figé et stable. Ainsi préfère-t-il la notion de construction identitaire qui n'est pas construite une fois pour toute et qui englobe un processus en perpétuelle évolution, en changement et remaniement de construction, déconstruction, reconstruction.

L'identité se compose d'une multitude de composantes interagissant les unes avec les autres en complémentarité ou en opposition. C'est dans le conflit généré par l'opposition des différentes dimensions identitaires, que peuvent émerger des tensions identitaires. Il s'agit alors d'entendre dans ces tensions identitaires les distensions qui peuvent apparaître dans les interactions non compatibles entre les différentes composantes de cette identité, chacune visant à s'imposer à l'autre comme, par exemple, dans le cas de personne présentant la double casquette de professionnel inséré dans l'organisation professionnelle envers qui, il doit

loyauté, et une identité de militant syndicaliste le poussant à porter un regard critique sur cette même organisation.

Deux types de tensions identitaires peuvent se présenter, les tensions intra-subjectives et les inter-subjectives.

2.2.1. Les intra-subjectives, ce qui dépend de moi

Elles sont internes à l'individu et se manifestent dans le rapport à soi-même. On a tous des identités héritées, des identités actuelles et que l'on vise. On se situe alors dans une temporalité identitaire avec un passé, un présent et un devenir. Il peut y avoir des tensions entre ce qu'on a été, ce que l'on est et ce que l'on vise. Cette notion de « temporalité identitaire » émerge particulièrement dans les processus de formation professionnelle, dans un institut de formation en Masso-Kinésithérapie par exemple, durant laquelle l'étudiant de par son histoire et son parcours (identité héritée), accède au statut d'étudiant en masso-kinésithérapie (identité actuelle) en vue d'accéder à sa future profession (identité visée).

Il peut aussi y avoir des tensions sur le plan spatial. On a des identités différentes suivant l'espace professionnel, social, familial, formatif. Par exemple, si l'on est impliqué dans une formation diplômante qui va nous amener vers une nouvelle identité professionnelle, on peut être en tension entre le soi futur que l'on vise, et le soi personnel actuel.

2.2.2. Les inter-subjectives, ce qui dépend de l'autre

Elles s'expriment quant à elles, dans les rapports avec autrui. L'autre est toujours présent, que celui-ci le soit physiquement ou pas. Le rapport à l'autre social est toujours présent dans la rencontre de deux subjectivités, deux intentionnalités. C'est le cas par exemple lorsque l'on tient à une identité professionnelle alors que l'autre ne la reconnaît pas. Il nous prescrit alors une autre identité que nous refusons. Il pourrait en être ainsi par exemple dans des structures employant des psychomotriciens pour faire de l'animation corporelle. Il y aurait alors un conflit probable entre le professionnel, fort de son identité professionnelle de thérapeute, et le cadre institutionnel lui allouant un rôle d'animateur occupationnel. Cette prescription d'une autre attribution identitaire fait alors émerger une tension entre identité pour soi, et identité pour l'autre. Il en est de même lorsqu'un salarié s'inscrit dans une dynamique identitaire de transformation, qu'il a envie de changer, d'être mobile, d'évoluer, et que son responsable n'est pas d'accord, qu'il a un autre projet pour lui. Le projet de « soi sur soi » se trouve en contradiction avec le projet « d'autrui sur soi ». Cette situation se rapprochant alors de la

position d'un professionnel de santé effectuant une formation pour devenir cadre de santé, qui ne serait pas soutenue par son institution et à qui, aucun poste en rapport ne serait proposé en retour de formation.

2.2.3. Typologie des Stratégies identitaires, « A chacun son chemin ! »

Pour gérer et réguler ces tensions identitaires, différentes stratégies peuvent alors être mises en place. L'ensemble des actes et discours des personnes peuvent alors se destiner à la réduction de ces écarts entre les différentes composantes de son identité. Il s'agit là d'actes comportementaux que l'on pose et qui ont pour but de confirmer sa représentation de soi pour soi, ainsi que de tenter d'infléchir les représentations identitaires que l'on veut faire émerger chez l'autre à propos de nous.

Construite sur la base de trois études différentes, M. Kaddouri (KADDOURI, 2005) a déterminé 5 types dynamiques identitaires : continuité, transformation, gestation, destructivité, anéantissement identitaire.

2.2.3.1. Conserver son statut par la Continuité identitaire

L'enjeu est ici de maintenir et de prolonger l'identité qui est vécue de façon satisfaisante. Il y a une concordance entre ce que l'on est dans le présent et ce qu'on voudrait être dans le futur. Par exemple le cas d'un ergothérapeute qui serait satisfait de son poste et de la place qu'il occupe dans l'organisation de soins. Dans ce principe de continuité identitaire il y a deux variantes qui sont dues à la disponibilité des ressources d'une part et au pouvoir de mobilisation des ressources d'autre part.

En effet, soit la personne a la pleine maîtrise des ressources affectives et matérielles nécessaires à la pérennité de son identité actuelle, s'inscrivant alors dans un projet d'entretien de soi. Il s'agit alors d'entretenir l'identité acquise qui s'avère satisfaisante.

Soit au contraire la personne n'en possède pas la totale maîtrise et reste dépendante de l'autre pour les mobiliser. Dans ce cas, la personne est sous la menace de l'autre dans son bon vouloir, ou sa coopération, pour le maintien de son identité acquise. L'identité repose alors sur les ressources que l'autre m'accorde. C'est par exemple lorsqu'on prend une fonction souhaitée permettant d'accéder à une identité désirée, que l'on développe, mais que l'on est tributaire de la décision de quelqu'un d'autre pour la pérenniser (décision institutionnelle, qui fait qu'à un moment on risque de retourner

dans l'identité initiale). Il s'agit alors pour les personnes d'être dans une stratégie de préservation de soi qui renvoie à une notion, de défense de son identité.

Dans cette préservation trois possibilités vont alors s'offrir à la personne :

La préservation conflictuelle quand l'autre dont dépend la mobilisation des ressources nécessaires au maintien de l'identité acquise, se refuse à ce maintien. Le conflit pourra alors passer par une lutte directe et se porter par des actions soutenues par les syndicats venant soutenir la personne dans sa démarche. Cette préservation conflictuelle peut se retrouver, par exemple, dans les contextes de réorganisation de prise en charge. « Jusqu'à maintenant c'était vous messieurs les infirmiers qui réalisaient les évaluations d'indépendances, dorénavant elles seront réalisées par les ergothérapeutes ».

La préservation collaborative, quand il s'agit de faire une alliance avec l'autre menaçant. Il s'agit cette fois d'acheter le soutien de l'autre afin d'être certain de l'obtenir. On peut retrouver ici la position du « faisant fonction » qui est à une place « octroyée » mais pas encore légitimée, et qui donc, doit adopter des stratégies pour maintenir le « privilège » acquis. Il en serait de même pour un rééducateur par exemple participant à l'élaboration d'un projet transversal de prise en charge pour lequel il porterait un intérêt particulier (mise en place d'une équipe mobile de rééducation à domicile) mais dont aucun statut ne permettrait d'assurer la pérennité à ce poste (salarié de la structure mais pas titulaire du poste).

La préservation par repliement sur soi qui induit une acceptation de ce qui se passe, une notion de soumission, parfois la soumission constituant un moyen de préservation.

2.2.3.2. Le changement de rôle qui entraîne une transformation identitaire

Au travers de la transformation identitaire l'enjeu est de changer d'identité. De quitter l'identité vécue de façon insatisfaisante, pour acquérir une nouvelle identité dans laquelle on veut s'investir et dans laquelle on recherche la satisfaction.

Cette transformation peut être externe lorsqu'elle s'accompagne d'un changement de champ d'exercice (une infirmière souhaitant devenir garagiste par exemple), comme pour les reconversions professionnelles, ou interne s'il s'agit d'une évolution, d'une

promotion, dans le même champ d'activité (un aide-soignant souhaitant devenir infirmier).

Là encore ces transformations s'accompagnent d'un positionnement pris par l'autre décisionnaire, la direction, qui pourra soutenir le projet de transformation (préparation au concours d'entrée en IFSI et financement de la formation), assurant ainsi une concordance entre le projet de « soi pour soi », et le projet de « l'autre pour soi », ou bien au contraire, il pourra y avoir un décalage de projet entre la volonté de transformation portée par l'individu et le soutien apporté par l'autre dont dépend la réalisation (« nous n'avons pas besoin de garagiste, je préfère que vous restiez infirmier. Débrouillez-vous tout seul ! »). Cette dernière situation pouvant alors conduire à une confrontation pour imposer le nouveau statut visé, ou dans une stratégie clandestine de construction de la nouvelle identité.

2.2.3.3. Gestation identitaire, l'attente du changement

La gestation identitaire apparaît dans les situations de transition, provisoire, ou rien n'est encore déterminé. L'individu est dans la recherche d'une nouvelle identité qu'il ne peut encore clairement définir balancé entre l'espoir d'accéder à un « autre », et le doute de l'effectivité de cet « autre ». Cette dynamique apparaît clairement dans les formations type « cadre de santé », ou l'individu comprenant qu'il abandonne pour cela une partie de son identité professionnelle antérieure, peut se sentir dans une certaine instabilité face à l'inconnu de la nouvelle identité professionnelle qu'il brigue. Mais il peut en être de même pour le professionnel arrivant dans une nouvelle structure et qui durant les premiers temps se demande s'il arrivera à retrouver le même fonctionnement que celui qu'il connaissait précédemment.

Durant cette période de gestation il peut se définir un désir de confirmation de soi si la personne a acquis une nouvelle identité satisfaisante mais qui attend la nécessaire confirmation, légitimation officielle pour l'assoir. Il y a alors un décalage entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui en attente de confirmation.

Il y a aussi les projets de reconstruction de soi suite à une blessure identitaire. Les blessures sont toujours chargées affectivement, et face à cette blessure il y a une stratégie de reconstruction. C'est l'espoir qui va permettre cette reconstruction mais en l'absence de cet espoir, la blessure peut conduire à la destructivité ou

l'anéantissement. Par exemple une orthophoniste ayant échoué au concours d'entrée en IFCS, ou n'ayant pu faire financer sa formation. C'est donc l'espoir qui fait qu'émerge la réhabilitation d'une nouvelle identité. Un projet de redéfinition identitaire, et ainsi « je ne serais peut-être pas cadre de santé mais je peux devenir formatrice en école d'orthophoniste ! ».

Pour finir, cette période de gestation identitaire peut être le temps nécessaire à une redéfinition identitaire. Cette fois tous les éléments qui donnaient sens et lien, permettant la définition d'une identité sociale propre, se trouvent ébranlés et font naître une phase d'incertitude qui pèse sur soi. Apparaissent les questions de nature existentielle et de définition même de son identité pour soi et pour l'autre. Dans cette période, la présence ou non d'un espoir latent a de l'importance. Il stimule la réflexion, l'action, la redéfinition, le repositionnement, la recherche de l'être.

2.2.3.4. Destructivité, besoin d'une aide au changement

Il y a une différence entre destructivité et destruction. La destruction est un résultat alors qu'il s'agit d'entendre par destructivité le processus qui peut y mener. Pour autant, on peut se retrouver dans un processus de destructivité sans que la destruction finale soit inéluctable. Dans la destructivité on peut se laisser aller, on peut se laisser périr, mais si on rencontre d'autres personnes, si une chance émerge qui permet de rebondir, on peut alors se replacer dans une dynamique plus positive. Par exemple ici la situation d'une aide-soignante épuisée, lasse de son métier et ne voulant plus l'exercer, ayant échoué dans ses tentatives de reconversion ou de promotion professionnelle, mais qui serait très organisée et consciencieuse dans sa façon d'agir au quotidien et qui retrouverait efficacité et goût au travail dans des fonctions plus transversales de logisticienne.

2.2.3.5. Anéantissement, quand plus rien ne fait sens

C'est quand la personne a la conviction de ne plus signifier quoique ce soit ni pour elle, ni pour les autres. On passe alors de la tension identitaire, à la crise identitaire lorsque plus rien ne fait sens, quand plus rien ne fait lien. Il s'agit de la déliaison qui peut amener au choix de se détruire, de se suicider ou de partir. C'est choisir la mort comme stratégie de gestion de la crise identitaire.

3. Eclaircissement sur l'ergothérapie

Comme je l'ai déjà dit, l'ergothérapie est une profession mal connue et difficile à identifier. Aussi, même si l'objet de ce mémoire ne porte pas spécialement sur cette profession, il me semble important d'en préciser quelques généralités et de la replacer dans son contexte historique, démographie, légal et d'en donner ma propre définition.

3.1. L'ergothérapie dans l'histoire³

Les bienfaits de l'activité pour l'homme, sont connus et reconnus depuis les temps les plus anciens. Les égyptiens, 2000 ans avant J.C, et avant eux les Chinois, reconnaissaient déjà la bienfaisance de l'activité pour la santé de l'individu et avaient fait le lien entre l'état de malade et la baisse d'appétence à l'activité.

En France l'intégration de cette activité comme véritable base thérapeutique, apparait avec P.Pinel. « *Philippe Pinel libérant les chaînes des aliénés de Bicêtre en 1793, devient l'allégorie de la naissance de la psychiatrie, branche de la médecine. Il théorise ses premiers pas : la psychiatrie est née coiffée de la certitude que le travail est une thérapeutique (Nosographie philosophique, 1798, Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale ou la manie, 1801)* » (GABLE).

Au début du XX^e siècle c'est en Amérique du Nord, grâce aux médecins psychiatres que l'ergothérapie prend son essor avec le développement de l'activité comme une thérapie. Par la suite l'utilisation de l'activité dans la restauration des capacités physiques permettra d'étendre le champ d'action de l'ergothérapie à la réadaptation au travail.

En France c'est avec F.Tosquelles et son approche de psychothérapie institutionnelle mis en place à Saint-Alban en Lozère, que les premiers concepts de l'ergothérapie voient le jour. «*Par ergothérapie, au sens large, nous entendons, non seulement le travail proprement dit, à but thérapeutique, mais aussi toutes les activités tendant à réadapter le malade à notre réalité et à utiliser et développer ce qui reste en elle de normal et de vivant* » (Wikipédia - Centre hospitalier François-Tosquelles, 2013).

L'ergothérapie est donc née de la psychiatrie même si par la suite, les conséquences des guerres mondiales, des « gueules cassées », feront prendre un essor important à la prise en charge des malades et dans l'accompagnement des mutilés de guerre.

³ Largement inspiré de « histoire de l'ergothérapie » (GABLE)

Le développement du concept de handicap dans les années 70, dans sa prise en compte du contexte environnemental et social de la personne, favorisera l'émergence de cette profession qui agit sur les liens étroits entre la personne, l'activité réalisée et son contexte.

Aujourd'hui le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, l'émergence de nouvelles pathologies (troubles de l'apprentissage, autisme, maladie d'Alzheimer, maladies rares), le développement des technologies médicales, font connaître un nouvel essor à cette profession.

3.2. La démarche en ergothérapie

Etymologiquement le mot ergothérapie est composé du suffixe « thérapie » qui veut dire soin, et du préfixe « ergo », issu du grec « ergon », autrement dit, travail au sens de l'ouvrage, de l'activité. Il en découle que de façon un peu simpliste, l'ergothérapeute peut être défini comme celui proposant le « travail » comme « thérapie ».

Le terme même d'ergothérapie n'est pas commun à tous les pays. En effet il est remarquable de voir qu'il n'y a qu'en France où le terme d'ergothérapie est usité, les autres pays parlant d'« Occupational Thérapy ». Mais cette appellation a été abandonnée en France le terme « occupationnel » étant trop connoté péjorativement pour des professionnels cherchant à légitimer et justifier une action de soin, et non pas d'une simple activité occupationnelle.

Ainsi on peut dire que l'ergothérapeute va avoir pour activité de s'occuper à faire travailler les patients. Afin de proposer une prise en charge à ses patients, l'ergothérapeute va s'appuyer sur l'activité comme base de thérapie. Pour cela il va s'appuyer sur une notion importante et centrale en ergothérapie, qui est l'analyse d'activité.

Par analyse d'activité l'ergothérapeute entend, sa capacité à décortiquer de façon la plus fine et exhaustive possible, en fonction de ses connaissances en anatomie, neurologie, psychologie, orthopédie, neurocognitif, etc., l'ensemble des capacités nécessaires pour réaliser telle ou telle activité. Afin d'accéder à cette compétence, au cœur de sa formation, l'ergothérapeute va s'entraîner sur des activités aussi simples que de se servir à boire, ou de faire un dessin. Il décortiquera alors l'ensemble des capacités nécessaires pour réaliser cette activité en terme d'équilibre postural, de mobilité axiale, de capacités motrices au niveau d'un membre supérieur, d'orientation et d'ajustement visuo-spatial, de préhension et d'adaptation de la prise, de praxies, de gnosies, de fonctions supérieures exécutives, de motivation, d'envie, d'attention, d'expression verbale ou non, explicite ou cachée etc.

Par la suite l'ergothérapeute s'aguerrira dans sa technique, en analysant des activités de plus en plus globales et complexes, comme les activités artisanales (du type peinture, vannerie, terre), les activités du quotidien (comme la toilette, l'habillage/déshabillage), les activités sociales (comme les déplacements, la conduite), ou les activités professionnelles. Là encore l'ergothérapeute n'est pas limité sur son regard posé sur l'activité, car c'est bien l'acquisition d'une démarche et d'une capacité d'analyse reproductible qui lui importe.

Ainsi, afin d'acquérir ce savoir-faire d'analyse, et au-delà de l'apprentissage théorique et scientifique nécessaire pour intégrer le fonctionnement « normal » de l'homme dans toutes ses fonctions (locomotrices ; intellectuelles ; psychologiques ; sensorielles), l'ergothérapeute va lui-même, au cours de sa formation, se confronter à l'activité. Il va s'essayer à de nombreuses activités comme la peinture, la vannerie, le théâtre etc., laissées au libre choix suivant les instituts de formations, l'important n'étant pas l'activité pour elle-même, mais la compréhension et la lecture de ce qu'elle mobilise, qu'il s'agit d'appréhender pour l'étudiant.

Au cours de sa formation, l'ergothérapeute va également s'attarder à étudier et apprendre à lire, un individu en position d'agir. Il va apprendre à décortiquer la façon dont tel ou tel s'y prend pour réaliser une action, les stratégies qu'il met en place, l'organisation qu'il révèle, ainsi que ses capacités fonctionnelles mobilisées (là encore, sur le plan locomoteur, cognitif, sensoriel, psychique). Tout comme il aura appris à analyser les capacités nécessaires pour réaliser la moindre activité en faisant le lien entre l'action et son savoir théorique, il va apprendre à faire le lien cette fois entre l'activité observée d'un individu et ses capacités.

Le dernier temps dans la compréhension de cette démarche, c'est la mise en lien de tous ces éléments que l'ergothérapeute aura appris à recueillir, qu'il devra mobiliser, soit dans un but de rééducation, de stimulation, de réadaptation ou de réinsertion, au travers de prises en charges individuelles ou de groupes et suite à une prescription médicale.

Par rééducation l'ergothérapeute entend l'organisation, en fonction des capacités résiduelles d'une personne et de ses capacités lésées, des capacités nécessaires à la réalisation de telle ou telle activité, de la « rencontre » entre le patient et l'activité dans un but de récupération fonctionnelle. Il modifiera au fur et à mesure de la prise en charge, tel ou tel facteur pouvant faciliter ou au contraire stimuler, une difficulté particulière du patient dans cette réalisation.

Par stimulation l'ergothérapeute cherchera à organiser cette même rencontre entre l'individu et l'activité, mais entendra cette fois qu'il ne s'agit pas forcément d'accompagner le patient vers une récupération totale ou partielle de ses difficultés, vers un retour à une intégrité

fonctionnelle antérieure, mais qu'il s'agira plutôt de « stimuler » telle ou telle fonction pour limiter, ralentir, pour en contenir l'amoindrissement ou la perte.

Par réadaptation l'ergothérapeute, faisant le constat de l'inadéquation entre les capacités résiduelles du patient et les capacités nécessaires pour la réalisation d'une activité, cherchera à accompagner le patient dans la recherche d'une solution pour compenser, pallier, réduire l'écart de ce décalage. Il mettra alors à profit ses connaissances dans le matériel et les aides-techniques existantes, dans les gestes et postures adaptées, dans les aménagements possibles et facilitant, et dans ses ressources d'inventivité pour créer des solutions adaptées.

Par réinsertion l'ergothérapeute entend cette fois la réintégration du patient dans son contexte de vie hors structure sanitaire. Le retour à un domicile, à une activité professionnelle, à un rôle social, familial. Pour cela il s'agira d'aider le patient à faire la synthèse de ses acquis, de ses difficultés et des moyens à sa disposition pour les pallier. L'ergothérapeute s'appuiera alors sur sa connaissance dans le champ associatif et administratif du handicap, pourra proposer ses compétences pour aménager un domicile en fonction des besoins de la personne.

On voit bien ici que l'activité est au centre du travail de l'ergothérapeute. Il aura appris à la lire, à jouer avec, à la contourner, à s'y confronter, à se l'approprier.

Bien évidemment cette proposition d'éclairage sur l'ergothérapie est forcément réductrice et n'inclut peut-être pas l'ensemble des subtilités qui pourraient être apportées pour l'étayer. Mais l'ensemble du mémoire ne portant pas spécifiquement sur l'ergothérapie, il s'agit là, il me semble, d'une base satisfaisante pour établir une compréhension suffisante de cette profession.

3.3. Les concepts en ergothérapie

On vient de le voir dans l'histoire de l'ergothérapie, deux éléments sont centraux : l'activité et l'individu.

La personne, on le voit avec l'approche de P.Pinel ou de F.Tosquelles, dans sa dimension d'individu agissant, même si minime soit sa capacité d'action, a toujours eu une place prépondérante dans les fondements de cette profession. L'ergothérapie de par nature, s'est toujours attachée à placer la personne, dans sa dimension sociale, personnelle, professionnelle, au cœur de la compréhension de sa situation, comme nous venons de le voir dans l'approche de cette discipline. En effet la prise en compte d'un individu dans son aspect purement déficitaire n'a aucun sens en ergothérapie.

L'autre point essentiel dans les fondements de l'ergothérapie, reste la place de l'activité dans toutes ses dimensions. Cette profession est née, de façon empirique, du constat des biens-faits de la mise en activité de certains patients, et après de simples reconductions de ces approches, ce n'est que dans un second temps que l'ergothérapie s'est penchée plus finement sur la compréhension de l'activité et de ce qu'elle implique.

Longtemps l'ergothérapie s'est trouvée en interrogation, prise dans ses convictions sur les bien faits de la « mise en agir » d'une part, et dans sa recherche de légitimité par ailleurs. C'est dans cette dynamique qu'un travail de théorisation des prises en charges en ergothérapie a été effectué, sur l'établissement de concepts de prise en charge. « *L'intérêt des modèles conceptuels est ainsi de procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluations cohérents et pour la plupart des résultats de recherches solides garantissant une démarche de qualité.* » (MOREL-BRACQ, 2011). Avec l'utilisation de ces concepts de prise en charge, il s'agit d'accompagner l'ergothérapeute dans sa méthodologie. De lui proposer une grille de lecture de la situation et de l'aider à mettre en lien des éléments de réponses. Même si différents concepts de prise en charge peuvent se retrouver chez d'autres professions (5 modèles généraux interprofessionnels étant référencés dans le seul ouvrage de M-C.Morel-Bracq auxquels viennent s'ajouter 5 modèles spécifiques à l'ergothérapie), ils permettent d'aider le thérapeute à situer sa prise en charge en fonction du patient, et des objectifs fixés au préalable.

Cette volonté de conceptualiser cette pratique qui a émergé durant ces dernières années, se retrouve dans l'un des constats posés par l'étude menée pour le compte de l'ANFE, par trois chercheurs et visant à percevoir les représentations des ergothérapeutes de leurs professions (RICHARD, COLVEZ, & BLANCHARD, 2012). En effet, cette étude, menée sur des professionnels qui n'avaient pas abordé les notions de « concepts en ergothérapie » dans leur formation initiale, met en avant leur grande difficulté à définir ce qui relève de leur pratique. Cependant leur technique acquise permet de pouvoir intervenir directement dans les différents lieux d'exercices. Ainsi l'ensemble des paroles recueillies, s'appuie sur la description des pratiques signant bien là, la difficulté de chacun à définir sa profession sans passer par la description de ce qu'il fait. Cette difficulté pour les acteurs eux-mêmes, à définir les contours de leur profession, semble être à la source de la volonté manifeste, pour 70% des ergothérapeutes interrogés, de poursuivre, compléter leur formation initiale, dans des champs aussi divers que les sciences sociales, la psychologie, les sciences de l'éducation, afin d'aller chercher des bases conceptuelles sur lesquelles s'appuyer pour étayer leur compréhension de

leur profession. Ce constat signant bien là, pour les auteurs, une identité professionnelle des ergothérapeutes qui, faute de pouvoir s'appuyer sur un référentiel fondateur commun, n'est pour l'instant qu'explicative.

3.4. Les patients de l'ergothérapeute

Nous le voyons bien au décours de l'histoire de cette profession, et notamment avec la philosophie de soin proposée aux patients psychiatriques par Pinel, le principe de mettre le patient en « travail » lors de séances d'ergothérapie est de le placer dans une position d'acteur, d'agir, de « faisant » et donc de promoteur de sa propre thérapie.

Les patients dont s'occupe l'ergothérapeute sont d'origines distinctes, d'âges différents et présentent des pathologies des plus variées. La distinction entre les patients qui pourraient relever de séances d'ergothérapie et les autres, se faisant avant tout, sur les conséquences de la pathologie ou des séquelles résiduelles qu'ils présentent. Ainsi, toute personne qui suite à une pathologie, récente ou ancienne, présente des troubles, déficiences, incapacités l'empêchant ou la limitant dans sa capacité d'agir, d'être en activité, d'accéder à un niveau d'autonomie et d'indépendance satisfaisant, peut relever de séance d'ergothérapie. On voit bien ici que cette définition englobe alors les patients de tous âges, et pouvant présenter des déficiences d'origines diverses.

3.5. Présentation de l'ergothérapie en France aujourd'hui.

3.5.1. Contenu et déroulement de la formation (ANFE)

Les études d'ergothérapeute s'effectuent dans des instituts spécialisés. L'intégration dans un Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) peut se faire suivant différentes modalités.

- La réussite aux épreuves d'admissions directes organisées par les IFE selon les conditions en vigueur (être âgé de 17 ans révolus et titulaire d'un baccalauréat ou équivalent).
- Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES), selon l'arrêté du 28 octobre 2009, publié au journal officiel du 17 novembre 2009. Les étudiants reçus en rang utile, peuvent poursuivre leurs cursus en deuxième année en entrant dans les instituts de formation en ergothérapie qui dépendent de cette université.
- Accès aux sportifs de haut niveau. Chaque année les Instituts de Formation proposent un certain nombre de places aux Sportifs de Haut Niveau retenus par la Commission

Nationale convoquée par le ministère en charge des sports par dérogation au concours d'entrée (texte du 21 décembre 2009).

- Etre titulaire d'un diplôme d'ergothérapeute extracommunautaire.
- Etre titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier obtenu avant 2012, d'un des diplômes mentionnés aux titres II à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, du diplôme d'Etat de sage-femme, d'une licence et les personnes ayant accompli et validé le premier cycle des études médicales peuvent se voir dispensées des épreuves d'admission et de la validation d'une partie des unités d'enseignement de la 1ère année par le Directeur de l'institut après avis du Conseil Pédagogique après comparaison entre la formation suivie et les unités d'enseignement au programme du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute, selon l'article 31 de l'Arrêté du 5 juillet.

Cet arrêté ⁴ présente le descriptif de la formation dont l'application est sous la responsabilité des instituts de formation.

Il est à noter que 9 instituts ont ouverts leurs portes entre 2009 et 2012, et 2 ouvriront à la prochaine rentrée de 2013 (2 autres créations sont en perspectives à horizon 2015). Cette augmentation notable du nombre d'institut de formation aura pour incidence, au vu des agréments accordés à chaque institut, de porter à environ 500 étudiants formés théoriquement chaque année jusqu'en 2010 à un peu plus de 800 théoriques pour 2013.

Le référentiel de formation s'articule autour de l'acquisition de compétences requises pour l'exercice des différentes activités en ergothérapie. Pour ce faire une enquête a été faite auprès d'ergothérapeutes en fonction visant à recenser l'ensemble des tâches qu'un ergothérapeute pouvait être amené à réaliser et a permis de récolter un ensemble de plus de 150 activités distinctes qui ont été regroupées en 9 activités cibles.

9 Activités Cibles.

1. Recueil d'information, entretiens et évaluation visant au diagnostic ergothérapeutique.
2. Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.
3. Application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques.

⁴ Le texte actuellement en vigueur pour la formation des ergothérapeutes correspond à l'Arrêté du 05 Juillet 2010.

4. Conseil, éducation, prévention et expertise vis-à-vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions.
5. Réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement.
6. Organisation, coordination des activités en santé et traitement de l'information.
7. Gestion des ressources.
8. Veille professionnelle, formation tout au long de la vie, études et recherche.
9. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.

Le référencement de ces 9 activités cibles ayant par la suite, permis d'établir un référentiel de 10 compétences, permettant la réalisation de ces activités cibles, et donc par extension, l'ensemble des activités référencées lors de l'enquête prospective initiale.

10 Compétences.

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

L'ensemble de l'enseignement visant à acquérir les compétences nécessaires à la pratique de l'ergothérapie s'articule autour de 5 Unités d'Enseignements (chaque UE se décomposant à son tour en UE Contributif et en UE Constitutif) et d'1 Unité d'Intégration :

Unité d'Enseignement :

1. Sciences humaines, sociales et droit.

2. Sciences médicales
3. Fondements et processus de l'ergothérapie.
4. Méthodes, techniques et outils d'intervention de l'ergothérapeute.
5. Méthode de travail.

Unité d'Intégration :

6. Intégration des savoirs et posture professionnelle de l'ergothérapeute.

La durée totale de la formation est de trois années, elle s'inscrit depuis l'arrêté n°2012-907 du 23 Juillet 2012, dans le processus de réforme des études paramédicales s'inscrivant dans la démarche Licence-Master-Doctorat, et s'articule ainsi autour de 6 semestres de 20 semaines chacun, permettant au final, la validation de 180 ECTS.

L'organisation des études est construite par alternance entre des temps de formation théorique (2000 heures répartis en 794 heures de Cours Magistraux et 1206 heures en Travaux dirigés) réalisés dans l'institut de formation, et des temps de formation, clinique ou situationnelle, réalisés sur les lieux d'interventions des ergothérapeutes (à hauteur de 1206 heures de stages).

3.5.2. La législation et le décret d'acte de l'ergothérapie

Le décret d'acte en vigueur déterminant le contenu de la profession d'ergothérapeute, reste celui du 21 novembre 1986 qui fût consolidé le 07 août 2004 (Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie).

J'en ai extirpé, ci-dessous, la description telle que mentionnée, des actes relevant sur le plan légal, des ergothérapeutes.

On voit ainsi qu'ils sont de 4 ordres.

Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles

Correspond à l'ensemble des bilans et recherches d'informations nécessaires à toutes prises en charge. Cet item renseigne uniquement sur le but de ces actes, sans en déterminer les modalités d'applications.

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^{ième} point

L'article dont il est fait référence ici correspond à un article relevant du décret d'acte qui concerne la pratique de la Masso-Kinésithérapie. Autrement dit, l'ergothérapeute a le droit de pratiquer des « mises en conditions » afin de réaliser sa prise en charge par la suite, si tant est, qu'il ne puisse s'agir d'actes relevant de cette autre profession.⁵

Article L487
Article modifié (version en vigueur du 26 juillet 1985 au 5 février 1995) Modifié par Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 - art. 9 (JORF 26 juillet 1985
Réserve faite des dérogations prévues à l'article L. 491, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article L. 488 du présent titre ["condition"]. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ["obligation"].
La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :

Il s'agit ici d'inclure l'ensemble des activités concrètes, que peut proposer l'ergothérapeute. L'article précise par des sous-items, les catégories d'activités relevant de la prise en charge locomotrice (transformation de mouvements en gestes fonctionnels), sensori-motrice (rééducation sensori-motrice), temporo-spatiale, de communication (maintien des capacités fonctionnelles relationnelles), de réadaptation et d'éducation (adaptation ou réadaptation aux gestes de la vie courantes ; développement des capacités d'adaptations), et des activités relevant d'un accompagnement relationnel ou d'ordre psychothérapeutique (adaptation et revalorisation des capacités de relations et de créations ; maintien et reprise de l'identité personnelle ou sociale ; expression des conflits internes).

Application d'appareillage et de matériel, d'aide technique approprié à l'ergothérapie.

Englobant l'ensemble de l'activité tournant autour de la confection d'orthèses, de préconisation et de conseil en aides-techniques, d'installation etc.⁶

Le décret précisant suite à ce descriptif « *Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement* » (Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie), introduisant ici le travail d'accompagnement et d'aide au retour à domicile.

⁵ On voit bien ici la difficulté à réellement cibler ce qui peut relever strictement de telle ou telle profession

⁶ Là encore l'intitulé et la définition étant à ce point large qu'il puisse y être englobé de nombreuses activités dans cet item

3.5.3. Etat des lieux sur la démographie des ergothérapeutes (ANFE)

DEMOGRAPHIE DES ERGOTHERAPEUTES AU 1ER JANVIER 2012
Source DRESS (ADELI)
La France compte 7909 ergothérapeutes, dont 86,9 % de femmes.
La densité est de 13 ergothérapeutes pour 100 000 habitants.

Professions	Densité France métropolitaine				
	2008	2009	2010	2011	2012
Infirmiers	780	803	830	855	881
Masseurs kinésithérapeutes	105	108	111	113	116
Manipulateurs en radiologie	43	45	45	46	47
Orthophonistes	29	30	31	32	33
Opticiens lunetiers	30	32	33	37	39
Pédicures podologues	18	18	18	19	19
Ergothérapeutes	11	11	12	12	13
Psychomotriciens	11	12	12	13	13
Orthoptistes	5	5	5	5	6
Audioprothésistes	3	4	4	4	4

Densité comparative concernant professions paramédicales
Source : fichier Adeli en juillet 2011

Comme on vient de le voir précédemment, la population des ergothérapeutes en France est en pleine évolution. Plus du doublement des instituts de formations en France en moins de deux ans, refonte complète du programme de formation. Pour autant au vu des données rapportées par le répertoire national ADELI⁷, sous l'égide de la DRESS, on peut constater que la densité de professionnels pour 100 000 habitants reste relativement stable autour de 13 professionnels dont la grande majorité (86.9%

en 2012) est une population féminine (portant ainsi le nombre total de professionnel à 7909 ergothérapeutes au 01 Janvier 2012).

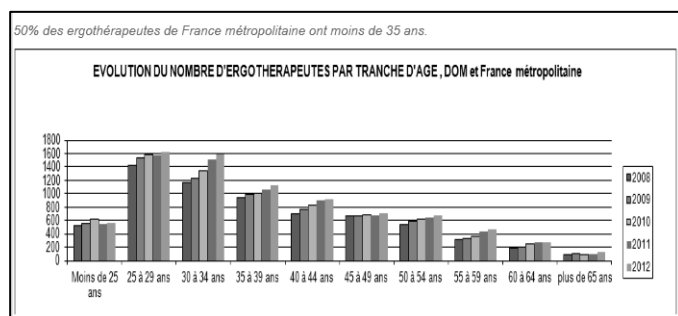
De même, on peut voir que non seulement la population est essentiellement féminine et jeune. En effet, on peut voir, au vu de la répartition de

Les ERGOTHERAPEUTES au 1^{er} janvier 2012 (France métropolitaine)

TRANCHE D'AGE	Libéral ou mixte		Salaire hospitalier		Autres salariés		TOTAL			
	% Fem.	H + F	% Fem.	H + F	% Fem.	H + F	Homme	Femme	H + F	% Fem.
moins de 25 ans	97,6	42	91,0	332	94,2	172	41	505	546	92,5
25 à 29 ans	85,9	149	90,8	910	91,8	514	147	1 426	1 573	90,7
30 à 34 ans	81,1	111	89,1	947	90,7	495	170	1 383	1 553	89,1
35 à 39 ans	80,5	87	81,5	671	84,9	350	194	914	1 108	82,5
40 à 44 ans	81,6	38	88,1	596	89,9	267	105	796	901	88,3
45 à 49 ans	82,9	41	88,0	424	88,4	224	84	605	689	87,8
50 à 54 ans	86,5	37	85,5	429	85,6	209	97	578	675	85,6
55 à 59 ans	83,3	12	78,6	290	78,3	166	100	368	468	78,6
60 à 64 ans	50,0	4	71,7	198	88,7	71	66	207	273	75,8
65 ans et plus	100,0	2	71,0	93	89,3	28	30	93	123	75,6
Ensemble	84,1	523	86,3	4 890	88,7	2 496	1 034	6 875	7 909	86,9

la population des ergothérapeutes, que l'essentiel des professionnels en exercice, ont moins de 40 ans, tant chez les hommes, que chez les femmes.

Cette répartition tend à être relativement stable au vu de l'évolution du nombre de professionnels par tranche d'âge et sur une période de 5 ans.

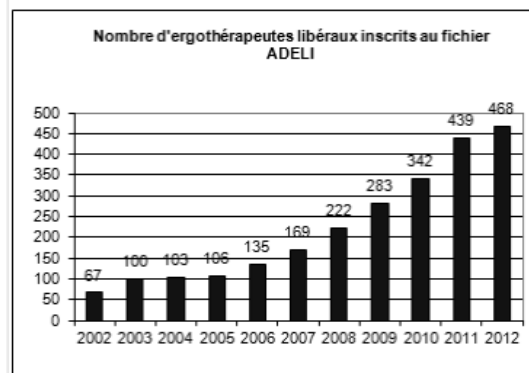


Pour autant, un élément

particulièrement remarquable est à noter dans ce profil de professionnel posé par la DRESS. En effet le nombre d'ergothérapeute ayant un exercice libéral, exclusif ou non, a connu une forte progression entre 2002 et 2012. Il n'y a, à ce jour, toujours aucune prise en charge financière de proposée par l'assurance maladie des séances d'ergothérapie en libéral. Ainsi

⁷ Sources prises sur le site de l'ANFE. (ANFE)

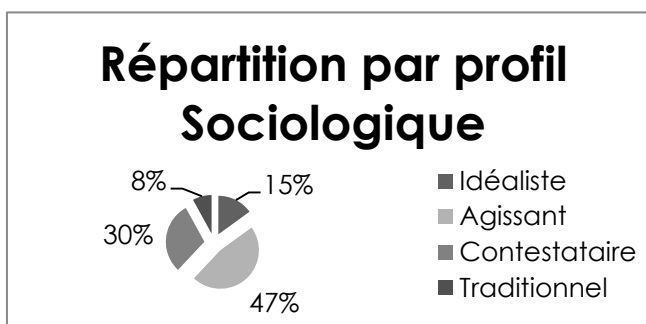
l'exercice libéral, la constitution d'une patientelle, reste difficile et tributaire d'un bassin de population et de la possibilité de développer un certain type d'activité au détriment de la rééducation (expertise ; évaluation ; conseil pour aménagement etc.), mais, malgré ces difficultés, le nombre total d'ergothérapeutes référencé au répertoire ADELI comme ayant une activité libérale, a connu une progression de 600% de 2002 à 2012, passant de 67 ergothérapeutes référencés en 2002, à 468 en 2012. Pour autant il s'agit de relativiser ce chiffre qui est une représentation nationale, et qui est à mettre en perspective avec d'autres professionnels paramédicaux qui ont une activité libérale mieux inscrite:



- 87 236 IDE
- 57 370 Masseurs-Kinésithérapeutes
 - 16 632 Orthophonistes
 - 11 695 Pédicures-Podologues
 - 1 176 Psychomotriciens

3.5.4. Les profils sociologiques de l'ergothérapeute

L'étude mandatée par l'ANFE en 2008 à l'association GERONTO-CLEF (RICHARD, COLVEZ, & BLANCHARD, 2012), et qui avait pour vocation de faire un état des lieux de la pratique de l'ergothérapie en France de nos jours, s'est appuyée sur une récolte quantitative et qualitative de la parole



des professionnels en exercice, et d'un recueil de questionnaires. Le panel d'étude était composé de 57 ergothérapeutes ayant au moins 5 ans d'ancienneté dans leur activité, répartis sur deux sites qui sont Paris et Montpellier. Il représentait l'éventail complet des pratiques possibles balayant les différents secteurs d'interventions possibles (fonctionnel, psychiatrie, gériatrie) ainsi que les différents modes d'interventions (institutionnel, libéral). Cette étude a permis de regrouper 4 profils types d'ergothérapeutes selon les auteurs.

Ergothérapeute « idéaliste »

Ils abordent le métier de façon positive et confiante, fort de leurs techniques et de leurs approches qu'ils veulent différencier, l'intégrant dans sa globalité en lien avec les mutations sociales. Les mots qu'ils utilisent pour définir leur profession sont : adaptabilité ; empathie ; globalité ; éthique et accompagnement. Ils représentent 15% du panel.

Ergothérapeute « agissant »

Ces ergothérapeutes mettent leurs actes au centre de leurs identités et de leurs justifications. Pour eux, peu importent les concepts ou le rattachement théorique, « ce qu'ils sont, c'est ce qu'ils font ». Ils sont dans l'aspect pratique de leur travail et ne s'appuient que sur la réalité concrète du terrain. Les mots qu'ils utilisent alors pour se définir sont : anticipation ; approche globale ; activité et adaptation. Ils représentent 47% des personnes interrogées.

Ergothérapeute « traditionnel »

Il s'agit là, bien souvent, des ergothérapeutes les plus anciens dans la profession, ou ceux ayant bénéficié d'un complément d'approche conceptuelle. Ce qui les caractérise réside dans leur prise de recul vis-à-vis de leurs pratiques, percevant les évolutions et essayant de s'y adapter. Ce sont ceux également, qui s'interrogent le plus vis à vis des jeunes générations qui, par soucis de lisibilité et de légitimité d'action font parfois dériver leurs pratiques vers des orientations qu'ils ne reconnaissent pas comme appartenant à l'ergothérapie (comme par exemple pour ceux qui acceptent de remplacer des kinésithérapeutes) et ne comprennent pas la volonté de ces nouvelles générations à vouloir sortir de « l'activité » qu'ils placent au centre de leur métier. Ils utilisent des mots comme activité ; rééducation ; réadaptation et travail d'équipe pluri professionnelle pour se définir et représente 8% des personnes interrogées.

Ergothérapeute « contestataire »

A l'opposé de la catégorie précédente se trouve les « contestataires » essentiellement représentés par les jeunes professionnels. Ils n'arrivent que mal à définir leur profession, employant les mots : désinstitutionalisation, technicité, approche globale, soin. Mais ils mettent en avant une volonté de légitimité et de reconnaissance axant ainsi leurs pratiques sur la technicité. C'est essentiellement dans cette catégorie que se retrouvent les ergothérapeutes intervenant en libéral, ne comprenant pas ceux qui

restent en institution, y trouvant là une place en lien avec leurs attentes. Ils représentent 30% du panel interrogé.

Les auteurs précisent enfin, que la propension des ergothérapeutes à se retrouver dans tel ou tel profil, est fortement influencée par l'institut dans laquelle ils ont effectué leur formation initiale et par l'orientation qui en est donnée (par exemple autour de la place de l'activité). En effet, même si, comme nous l'avons vu plus haut, il existe un programme national de référence, chaque institut de formation peut se l'approprier et ainsi en donner une lecture propre en rapport à une « culture d'école ». Ainsi, il semblerait que plus le professionnel a effectué sa formation dans un institut où l'activité tient une place prépondérante, plus il sera enclin à s'éloigner d'une trop grande technicité et se rapprocher d'une approche plus idéologique.

3.5.5. Les lieux d'exercices de l'ergothérapeute⁸

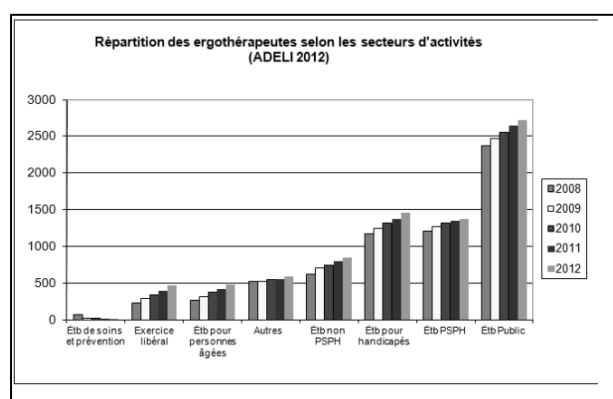
On vient de le voir, l'activité libérale en ergothérapie connaît un engouement certain,

SECTEUR D'ACTIVITE	Libéral ou mixte		Salarié hospitalier		Autres salariés		TOTAL				Age moyen
	% Fem.	H + F	% Fem.	H + F	% Fem.	H + F	Homme	Femme	H + F	% Fem.	
Établissement public de santé	88,9	9	86,9	2 704	0,0	0	354	2 359	2 713	87,0	38,8
Établissement privé ESPIC	72,7	11	83,9	1 356	0,0	0	221	1 146	1 367	83,8	40,5
Établissement privé lucratif	80,0	10	88,1	830	0,0	0	101	739	840	88,0	35,2
Cabinet individuel	83,1	350	0,0	0	80,0	15	62	303	365	83,0	36,0
Cabinet de groupe, société	84,1	69	0,0	0	79,2	24	16	77	93	82,8	32,8
Établis. soins, prévention en entreprise	0,0	0	0,0	0	93,8	16	1	15	16	93,8	48,6
Établissement pour handicapés	91,1	45	0,0	0	90,8	1 410	134	1 321	1 455	90,8	39,1
Établissement pour personnes âgées	90,9	11	0,0	0	89,9	465	48	428	476	89,9	33,6
Autres	88,9	18	0,0	0	83,2	566	97	487	584	83,4	38,0
Total	84,1	523	86,3	4 890	88,7	2 496	1 034	6 875	7 909	86,9	38,2

notamment auprès des jeunes générations qui y trouvent reconnaissance et légitimité. Pour autant, l'activité des ergothérapeutes reste

essentiellement salariée puisque sur les 7909 ergothérapeutes référencés, seul 523 exercent une activité libérale et 104 semblent cumuler leurs activités libérales avec une activité salariée par ailleurs.

On voit ainsi que les plus gros pourvoyeurs d'emploi pour les ergothérapeutes, restent les établissements publics avec une tendance qui se confirme sur les 5 dernières années. Viendront par la suite les établissements spécialisés pour personnes handicapées.



Il est à noter que, alors que le vieillissement de la population, l'augmentation du niveau de dépendance de cette population ayant servi de justification à l'augmentation du nombre

⁸ Sources prises sur le site ANFE (ANFE)

d'institut de formation, et ainsi, du nombre d'ergothérapeutes en France, reste particulièrement vrais, les établissements pour personnes âgées restent des structures qui emploient relativement peu les ergothérapeutes.

Pour finir, on peut remarquer que le nombre de poste d'ergothérapeute, tous secteurs confondus, a progressé régulièrement entre 2008 et 2012.

3.6. L'ergothérapie en psychiatrie aujourd'hui

Dans l'enquête réalisée dont C.Wagner reprend les résultats dans son livre (WAGNER, 2005, p. 87), on voit à quel point les représentations des étudiants futurs diplômés, au sujet de la place de leurs professions en psychiatrie restent problématiques. Sur l'ensemble des étudiants interrogés quant à leurs futurs lieux d'exercice souhaités, seulement 15.7% souhaitent y exercer contre 53.7% qui s'orientent vers un travail en rééducation fonctionnelle (30.6% restent indécis). De même, les paroles rapportées des professionnels en exercice sont explicites « *difficile de faire reconnaître cette profession surtout en psychiatrie où l'on confond animation, occupation et thérapie du fait de nos activités supports* », « *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* » (WAGNER, 2005, p. 88).

Comme pour les autres lieux d'exercices, l'ergothérapeute en psychiatrie va s'appuyer sur des « *activités supports* » pour proposer une prise en charge adaptée aux besoins du patient. De façon plus générale on parle « d'activité thérapeutique » comme l'est réaffirmé dans l'ouvrage collectif « *ergothérapie en psychiatrie* » (coordination H.Hernandez, 2009). La démarche qui doit être menée est semblable à celle qui peut être mise en place pour des problématiques locomotrices ou cognitives, mais correspondra cette fois à des objectifs ciblés autour de l'expression, de rapport au réel, de socialisation, d'expression de conflits internes, comme le précise le décret d'acte, et ainsi s'inscrire dans une démarche psychothérapeutique (comportementale ou introspective). I.Pibarot parle alors « d'espace potentiel » dans son article « *Activité thérapeutique et ergothérapie* » (coordination H.Hernandez, 2009, p. 17).

L'activité ici y prend une place et un sens primordial du fait des sensations, représentations, implications, qu'elle soulève et que l'ergothérapeute a, de par sa formation, sa réflexion et sa connaissance de celle-ci. Ainsi une activité comme la terre, dans laquelle le toucher avec l'objet, la sensation de terre humide, de mains salies, d'odeurs etc., pourra ne pas être adaptée à tous les patients du fait de leurs problématiques personnelles et de leurs symptomatologies

(pour certains patients ces sensations, ce toucher pouvant être difficilement supportable). De même une activité expressive autour d'une trace laissée (comme pour la constitution d'un texte ; d'une fresque etc.) pourra être valorisante et pertinente pour certains patients, participant à une revalorisation, à une socialisation de par les projections et la place donnée à cette trace laissée, ou au contraire mettre d'autres patients en inconfort du fait de cette même trace. Mais là encore, la prise en charge pourra évoluer dans le temps en suivant les possibles du patient en s'attachant, à un autre moment, à l'accompagner autour de sa difficulté à justement abandonner une « trace » de son activité dans l'atelier d'ergothérapie, sans qu'il puisse en avoir la maîtrise jusqu'à la prochaine séance.

On voit ici apparaître que le travail en psychiatrie va consister à accorder une place toute particulière à l'activité proposée dans la prise en charge, mais bien au-delà, au « cadre » même de cette prise en charge *« la garantie qu'offre véritablement l'ergothérapeute n'est donc pas son « savoir-savant », mais sa capacité à tenir un cadre symbolique pour le patient, et dans ce cadre de l'accueillir comme étant sujet de son action ou potentiellement sujet de son action. »* comme nous le rappelle I.Pibarot dans son article » (coordination H.Hernandez, 2009, p. 19). Par « cadre » il s'agit d'entendre ici le contrat tacite, ou parfois explicite, qui est passé entre le thérapeute et le patient. Sur l'heure, le lieu, la durée et le contenu des séances. Ce « contrat » ayant pour but d'établir une base de référence pour le patient, à partir de laquelle le thérapeute s'attachera à tisser un lien « suffisamment bon et solide » pour générer une relation de confiance indispensable afin d'accompagner le patient dans son cheminement. Là encore, on voit bien que ce qui est thérapeutique en ergothérapie, n'est alors pas l'activité par elle-même, mais bien « tout le reste », le cadre de prise en charge en premier lieu. « Tout le reste » étant déterminé par des objectifs de prise en charge validés par la prise en charge médicale et psychologique du patient. C'est donc bien la connaissance fine de l'ergothérapeute de l'activité, de son utilisation et de ses répercussions qui font alors la valeur de ce spécialiste de l'activité et qui doit le distinguer de l'activité réalisée dans un contexte purement ludique, d'animation ou occupationnelle.

Pour autant, comme nous le montre C.Wagner, la place de l'ergothérapie en psychiatrie est plus que précaire, associée à un atelier occupationnel ou d'animation, tout autant qu'à des rapports de groupes préjudiciables *« jusqu'à récemment les ergothérapeutes n'ont pas réussi à exprimer leur art en psychiatrie à cause d'un certain monopole thérapeutique imposé par les infirmiers »* (WAGNER, 2005, p. 93). Dans cette dynamique évoquée, l'auteur évoque le repositionnement de la pratique de l'ergothérapie qui consisterait à abandonner le cœur de

métier initial, à savoir l'activité, pour se centrer autour de l'évaluation devenant ainsi un spécialiste de l'évaluation.

4. La construction du travail ensemble – les rapports professionnels autour du champ partagé⁹

Il va s'agir d'aborder ici plus précisément la question initiale des liens entre l'identité professionnelle, l'identité sociale souhaitée, l'identité sociale reconnue, et les implications autour des activités concrètes pratiquées et partagées par plusieurs acteurs. Pour cela, nous essayerons de mettre en lumière tant la connaissance que chaque acteur peut avoir de ses collègues, mais également l'influence de cette identité professionnelle dans ses revendications au travers de sa propre présentation. Par la suite, nous allons essayer de mettre en lumière cette notion d'identité professionnelle et sociale dans sa reconnaissance au travers du contexte légal. Quel éclairage nous apporte le travail prescrit au travers des décrets de compétences. Puis nous aborderons l'identité professionnelle dans sa genèse lors de la formation initiale. Enfin, nous essayerons de la mettre en lumière autour d'une activité concrète de travail.

4.1. La connaissance et la reconnaissance de l'autre préambule incontournable au travail ensemble

Nous l'avons vu précédemment, l'identité professionnelle vécue, la représentation sociale qu'elle engendre pour soi et pour les autres, la reconnaissance sociale dans le rôle et la fonction qui est allouée, implique nécessairement la « rencontre » entre professionnels. Par « rencontre » j'entends la capacité de chacun à pouvoir instaurer le dialogue avec l'autre, et pour cela, sa capacité à spécifier clairement son propre travail. Pour arriver à travailler ensemble, c'est-à-dire avoir une place définie et identifiée, « il faut que je sache que les autres savent ce que je fais » et par extension, « que je sache moi, ce que les autres font ».

Mais concrètement, comment ces éléments prennent forme dans un service de soin ?

⁹ L'ensemble de ce chapitre s'appuie sur des interviews effectuées dans le cadre d'entretiens libres, lors d'auto-confrontation, lors d'une situation de débriefing ou d'évaluation. Chaque interview a fait l'objet d'un verbatim scrupuleux sur lequel les analyses s'appuient. Les acteurs qui ont accepté de me laisser voir leurs pratiques, l'ont fait en toute transparence, honnêteté et gentillesse. Pour autant, tous ces verbatim dans leurs intégralités ne seront pas mis en annexe de ce mémoire par souci du respect de l'anonymat de la parole rapportée. Même si ces verbatim ont été anonymisés et expurgés des éléments trop personnels, il me semble que les conditions dans lesquelles s'est effectué ce travail de recherche, le contenu, puisqu'il s'est agi d'interroger les personnes sur leurs rapports à l'institution, à leurs collègues, leurs perceptions de ceux-ci et les tensions de positionnements éventuelles, permettent un recoupement trop aisée et ainsi ne permet de garantir la confidentialité de la parole rapportée qui, sortie de son contexte, ne peut et ne doit pas être préjudiciable pour les personnes.

Tout d'abord, comment, par quels mots, le professionnel parle de sa profession, comment il se présente ? Car c'est cette première phase de présentation, cette première impression laissée, qui permettra, ou au contraire qui limitera, le travail ensemble, et qui permettra d'accéder à une identité sociale en rapport avec celle souhaitée et ne pas créer de tension identitaire intersubjective comme nous le dit M.Kaddouri.

Ensuite, qu'est-ce-que les acteurs connaissent des professions de leurs collègues, de ceux qu'ils côtoient chaque jour et avec qui ils doivent trouver une articulation porteuse de sens et d'intérêt, et ainsi de repérer ses éventuelles tensions identitaires intersubjectives, c'est-à-dire le décalage éventuel entre « mon identité pour moi », souhaitée, et l'identité reconnue par l'autre.

Voilà qu'elles étaient les questions qui m'ont animé dans le démarrage de mon travail de recherche. Il s'agissait alors pour moi d'établir ce diagnostic initial, comme un état des lieux, afin de poser les bases de ma réflexion.

4.1.1. Méthodologie

Pour cela j'ai réalisé des entretiens libres. Il s'agissait de saisir, même artificiellement, ce moment de rencontre ou « je vais parler de mon métier à l'autre ». J'ai rencontré 4 professionnels expérimentés¹⁰ du service de psychiatrie dont j'ai parlé au début. Deux ergothérapeutes, une psychomotricienne et un infirmier. Ces entretiens ont pris la forme d'une interview d'une heure environ, durant laquelle, outre des questions organisationnelles, personnelles propre aux acteurs et à leurs parcours, j'ai essayé de récolter des éléments de réponses.

Je vais présenter ici une petite partie de ces éléments regroupés autour de deux questions ciblées.

Il est important de préciser que durant les trois premières interviews (les deux interviews des ergothérapeutes et celui de l'infirmier), les acteurs ne connaissaient pas, à priori, ma formation initiale. Il s'agissait d'une demande explicite de la part du cadre de santé responsable de l'unité en question, à laquelle je me suis conformé. Ainsi, durant ces rencontres, les professionnels m'ont parlé comme s'ils parlaient à un autre professionnel, certes ne faisant pas partie de leur unité, et avec la représentation associée du « cadre de

¹⁰ 8 ans d'expériences pour l'infirmier (dont 5 sur la structure), plus de 30 ans pour la première ergothérapeute (dont 15 sur la structure), 30 ans également pour la deuxième (venait d'arriver dans l'unité lors de l'interview), et plus de 10 ans pour la psychomotricienne (dont 7 sur la structure).

santé », mais avec le postulat de la non connaissance de leurs spécificités¹¹. En revanche, l'interview de la psychomotricienne intervenant une semaine après les trois premiers, elle avait été informée par ses collègues de ma profession initiale.

De même il me semble important de préciser que pour les deux ergothérapeutes dont je rapporte les propos, la première est en poste depuis de nombreuses années, et donc connaît parfaitement la structure et les acteurs, alors que la deuxième ne venait d'arriver que depuis quelques jours.

Suite à ces premiers temps de rencontre qui ont fait l'objet d'un enregistrement audio, j'ai pris le soin d'écrire un verbatim complet de ces temps d'échanges, que j'ai soumis aux professionnels pour qu'ils puissent compléter, reprendre certains éléments, ou préciser des choses s'ils en éprouvaient le besoin.

4.1.2. Eléments de réponses recueillis

4.1.2.1. Qu'est-ce que votre métier ?

4.1.2.1.1. Point de vue de l'ergothérapeute

A cette question, la première ergothérapeute interrogée met essentiellement l'accent sur les concepts psychanalytiques fondamentaux de sa profession s'appuyant sur la théorie de l'espace potentiel décrit par D.W. Winnicott *« il parle de l'espace potentiel...et je trouve qu'en ergothérapie c'est de ça qu'il est question, c'est un espace où le patient expérimente, s'expérimente...nous on est là en support »* qu'elle précisera *« Dans cet espace potentiel il y a trois choses, il y a le « holding » tenir, le « handling » et « l'object presenting »...et nous, on est peut-être plus dans « l'object presenting », c'est-à-dire dans le tiers»*.

Pour finir elle terminera par une explication plus générale *« moi je travaille essentiellement sur le travail de transfert »*.

Pour ce qui est de la deuxième ergothérapeute, nous pouvons observer que sa définition s'axe sur des éléments plus factuels et place au centre de sa présentation la notion d'activité *« L'ergothérapie pour moi c'est questionner la question de l'activité, l'activité qui est réduite ou amoindrie par la pathologie »*. Dans un second temps elle précisera cette notion d'activité par la destination *« c'est-à-dire insérer, oui elle est dans le sens de l'insertion en sachant que l'insertion, surtout à l'heure actuelle, elle peut être partielle tout en étant quand*

¹¹ Du moins on peut très vraisemblablement en faire l'hypothèse pour les deux ergothérapeutes, ce qui n'est peut-être pas le cas pour l'infirmier qui lui, au contraire, a pu partir de l'apriori que j'étais issu de la filière infirmière.

même sociale » et le contexte « On peut aussi travailler la question de l'activité à l'intérieur d'un atelier, puisqu'à l'intérieur d'un atelier écriture, modelage, se joue la créativité, l'idée, le rapport aux autres, la socialisation la prise de parole».

Pour finir, elle amènera une notion plus globale, sur ce qu'elle présente comme les principes de l'ergothérapie, *« l'ergothérapie c'est une démarche, c'est une manière de voir les choses, c'est-à-dire à partir de tas de médiations différentes. Notre spécificité c'est d'observer, c'est de savoir ce qui est mis en jeu, de savoir comment on peut faire bouger doucement pour un patient, au rythme qu'un patient peut supporter».*

4.1.2.1.2. Point de vue de l'infirmier

Quatre principaux éléments sont mis en avant par l'infirmier.

D'une part il y a la multitude de ses champs d'interventions dont il doit se préoccuper *« Ce qui est compliqué c'est que on gère tout » ; « On a des connaissances sur la santé somatique, on a des connaissances en psychologie, on a des connaissances peut être en psychomotricité, on a des connaissances en... » ; «Et puis il faut le temps aussi de pouvoir se consacrer qu'à ça mais on l'a pas parce qu'on gère l'administratif, on gère les entrées, on gère l'hygiène... ».*

D'autre part, il présente son rôle comme central dans l'accompagnement des patients *« Ce qui le permet c'est un peu la référence de la prise en charge, on est un peu l'interlocuteur privilégié et après on nous délègue vis-à-vis des soins, des activités ».*

Il montre également le lien étroit de son accompagnement avec le quotidien du patient dans l'unité comme une valeur forte *«les infirmiers ils les voient 7h d'à filé dans une certaine continuité, dans une certaine intimité. Peut-être plus physique que psychologique, mais voilà, c'est sûr qu'on les voit en pyjamas, on les voit au petit-déjeuner, on les voit se baver dessus et puis on les stimule un petit peu comme ça sur 7 heures de temps, on les accompagne ».*

Enfin, un dernier élément remarquable, sans avoir suffisant d'éléments pour savoir s'il s'agit d'une perception personnelle à l'infirmier interrogé, ou s'il peut s'agir d'une perception partagée par d'autres infirmiers. Il rapporte plusieurs éléments subjectifs d'une notion de valeur minimisée de ses compétences aux regards des autres professionnels *« C'est qu'il y a pas un domaine de...enfin si à part des soins techniques peut-être, mais en dehors de ça il n'y a pas vraiment de spécificité, de spécialité de soins ou de...très aboutis avec une formation qui soit assez riche. Après on n'est pas assez formé pour les prendre en charge jusqu'au bout et ...oui dès fois en fait, j'ai l'impression qu'on a un rôle de maillon central qui est très*

important mais qu'on est obligé de dispatcher après ». J'ai du reste repris ce dernier élément avec l'infirmier en question lors du deuxième entretien pour le lui faire préciser, « des fois je caricature un peu mes propos mais en gros c'est de faire plein de choses, d'avoir plein d'actions vis-à-vis du patient, mais tous ce qu'on sait faire, il y a toujours quelqu'un d'autre qui sait le faire, alors que les autres intervenant il va y avoir comme ça un travail qui est très approfondie, que personne d'autre ne pourra reproduire, et je trouve que ça les valorise plus facilement »

4.1.2.1.3. Point de vue de la psychomotricienne

Comme pour la deuxième ergothérapeute, la psychomotricienne dans sa présentation s'attache à des éléments très factuels autour des bilans et du contexte de prise en charge « *Ici je fais des bilans psychomoteurs et de la prise en charge individuelle et deux groupes* ». Ce n'est que dans un deuxième temps, qu'elle en précisera les principes « *aller voir ce qui c'est peut-être pas mis en place dans l'enfant, va être déstructuré par la pathologie dans le vécu corporel, comprendre comment il utilise, il investit son corps et voilà quoi, essayer de comprendre sont vécue corporel en fait* ».

Pour autant, très vite elle place au cœur de son discours « le corps » comme élément central de ses préoccupations professionnelles, tant dans sa dimension « psychologique », « affective » (même si les mots ne sont pas encore employés), que dans sa fonction motrice « *entendre ce qu'il peut dire lui sur son vécu corporel, sur comment il se sent dans son corps et après il y a toute une batterie autour de l'équilibre, test d'équilibre, tout ce qui est coordination* ».

Par la suite elle confirmera l'importance de ce nœud entre le corps et l'esprit qu'elle présentera comme l'essence même de son métier « *pour moi le corps et l'esprit sont intimement liées et donc on va passer par tout ce qui est approche corporelle pour structurer déjà l'organisation corporelle et l'organisation. Pour nous ça joue aussi sur l'organisation psychique. Si on n'a pas créé ses enveloppes, si on n'a pas réussi à organiser, je sais pas, sa gestuelle etc., ça a une implication sur la représentation qu'on a de soi et ça joue sur sa façon d'être au monde, c'est très impliqué* ». Au-delà de ce lien présenté comme le cœur de sa profession, elle nous le présente comme l'essentiel structurant de son identité professionnelle et de « sa » propre représentation de son métier « *moi j'en fais un point d'honneur, en tout cas je m'y suis beaucoup attaché, peut-être même agrippé à ce lien à la psyché et le corps pour me créer une identité et me dire je suis dans le juste* ».

Par la suite elle abordera des notions plus « expertes » sur des principes de prises en charges en distinguant l'approche développementale, des approches psychothérapeutiques ou neurocomportementales, sur différentes techniques « *Puis l'approche corporelle, on est très formé à ça, on fait la relaxation, on fait le massage, on fait de la danse pendant nos études* ».

Pour finir, elle nous livrera son « truc » pour parler de son métier « *je pars du mot psychomotricité ou on entend « psycho » –« motricité ». En général je parle toujours du corps, de l'esprit, c'est toujours assez clair pour les gens. Après qu'est-ce qu'on met dans le mot corps, esprit, c'est là où je peux rentrer dans les détails, mais je me tiens quand même à ça.* ».

4.1.2.2. Qu'est-ce que vous connaissez du métier des autres ?

4.1.2.2.1. Point de vue de l'ergothérapeute

Pour l'ergothérapeute la dimension de travail au quotidien de l'infirmier est bien perçue « *mais en même temps on fait pas tout ce qui est de la vie quotidienne. Il y a ce qu'ils voient aussi au moment des repas, il se joue des choses. S'ils sont en activité avec des infirmiers qu'ils voient aussi au temps des repas, du traitement des sorties et tout, ils vont pas avoir la même relation qu'avec des intervenants qu'ils ne voient qu'au cours des rendez-vous précis, ça instaure une relation un peu différente* » ; « *C'est ce truc que l'infirmier est quand même plus dans le quotidien, plus dans le regard au plus près des patients* ».

De même son action et ses compétences dans l'animation des activités médiatisées est saisie mais avec une notion de limitation d'expertise « *les infirmiers alors, souvent en médiation, ils ont des formations beaucoup plus courtes. Un infirmier qui va faire une formation d'une semaine, ou 10 jours, ou 16 jours, bien sûr il va apporter des choses nouvelles mais souvent, l'analyse de ce qui est observé, ou le, comment dire, la manière qu'on va aller opter tel ou tel patient par rapport à telle difficulté va être peut être un peu moins fine* ».

Pour ce qui est de la perception de la psychomotricité, il s'agit plus d'un élément sur sa place et son intervention dans le service autour des bilans, qui est survenue durant les entretiens « *Je pense que la psychomot on lui demande des choses beaucoup plus précises qu'on ne me demande à moi. Peut-être aussi parce que je me suis pas lancé dans ces bilans* ».

4.1.2.2.2. Point de vue de l'infirmier

L'infirmier va facilement mettre en avant la connaissance et l'expertise de la psychomotricienne, « *elle a toutes les connaissances de psychomotricité qui permettent peut être de mieux identifier l'intérêt de proposer tel ou tel exercices par rapport aux patients* » ;

«je crois que sur l'expression corporelle, voilà c'est important qu'il y ait des connaissances au niveau de la psychomotricité pour mettre le corps en mouvement et pas se faire mal, et pas faire mal au patient voilà» et de la psychologue, *«la psychomotricienne et la psychologue qui ont des, voilà des évaluations assez poussées quoi dans leurs spécialités... »*; *«La psychologue elle a énormément de connaissance, ses bilans sont vraiment bluffant»*.

En revanche, sa notion de l'ergothérapie reste assez floue *«il me semble dans les représentations que j'ai de l'ergothérapeute a des axes d'évaluations sur la motricité fine. Alors du coup je les ai pas bien en tête maintenant les axes, spécialités»*.

Pour autant, il a la sensation que ces différents intervenants ont une spécificité de compétence bien définie, même s'il n'en saisit pas exactement les contours *«ils ont un travail qui est très défini, ils sont en place, une fiche de poste, un rythme de travail, de rendez-vous avec les patients»*.

4.1.2.2.3. Point de vue de la psychomotricienne

Pour la psychomotricienne la distinction se fait sur l'approche, le regard distinct, la démarche *«on a tous selon notre métier, des spécificités, en tout cas on a un regard spécifique. Je pense qu'après c'est le regard qu'on a dessus et comment l'interpréter pour une prise en charge qui est modifié»*.

Elle reconnaît volontiers des champs qui se croisent, mais les différencie dans leurs abords par rapport à sa spécialité centrée sur le corps *«quand je dis-moi je m'intéresse au corps, la psychologue au langage, c'est pas que je mets pas des paroles, et la psychologue elle s'intéresse au corps aussi. C'est pas réserver à la psychomotricienne, sauf que ça l'intéresse différemment, moi je suis vraiment sur quelque chose d'une structuration, comment ça s'organise, elle sera peut-être sur un vécu plus inconscient»*.

En ce qui concerne la place de l'infirmier, tout comme les ergothérapeutes elle ne le positionne pas à une place égale dans l'animation *«on est dans un travail de partenariat. C'est-à-dire que c'est moi qui anime l'atelier et l'infirmier est... euh... est là en soutien, mais n'est pas qu'un soutien, c'est pas une plante»*. Mais elle perçoit sa place dans la gestion du quotidien *«je pense qu'ils ont beaucoup d'autre chose aussi à prendre et à gérer»*.

En ce qui concerne sa perception de l'ergothérapie, là encore sa distinction se fait sur la voie d'abord, *«c'est que l'ergothérapie c'est de passer par une activité, que la thérapeutique passe par une activité»* ou encore *«la médiation pour moi elle est dans l'objet plus que moi. Pour moi le corps n'est pas un objet»*. Elle rapporte également une connaissance de cette profession

qui va au-delà des frontières du service, sur leurs activités avec les enfants dans le positionnement par exemple «*et puis bon moi après je sais aussi que les ergos interviennent beaucoup quand on a des enfants compliqués, qu'on peut pas installer correctement, ben il faut toute la compétence des ergos pour savoir comment on va mettre un bébé de 15 mois qui tient pas assis en place. Donc il y a aussi cette approche-là qui est pour moi très importante et qui est celle de travailler sur l'environnement. L'environnement social du sujet, le matériel*».

4.1.2.3. L'exercice difficile de l'explication d'une profession

4.1.2.3.1. Sa propre présentation, passeport pour la rencontre de l'autre

Ce que l'on peut remarquer dans un premier temps c'est la différence d'approche stratégique dans la présentation de sa spécialité par les professionnels.

L'infirmier, tout comme la psychomotricienne et la deuxième ergothérapeute, s'attachent dans un premier temps à donner des éléments très factuels. L'infirmier abordera la gestion du quotidien, l'ensemble des tâches dont il a la charge. La psychomotricienne abordera son activité de bilan, de prise en charge individuelle ou en groupe. L'ergothérapeute mettra « l'activité » très vite au centre de ses préoccupations en précisant le contexte et la destination de celle-ci.

Ce n'est que dans un deuxième temps que la psychomotricienne, et la deuxième ergothérapeute, aborderont des éléments plus complexes de leurs activités en précisant le lien entre le corps et l'esprit pour l'une, et la notion de « mise en acte » pour l'autre. La psychomotricienne allant même jusqu'à nous présenter sa stratégie de présentation autour du double abord contenu dans le terme « psycho »-« motricité ».

En revanche, la première ergothérapeute choisit d'aborder directement des notions complexes de concepts rattachés à sa profession avec la notion « d'espace transférentiel ».

Autre élément de comparaison, c'est le positionnement fort de valeurs centrales dans leurs métiers pour la psychomotricienne autour du corps, et en particulier du lien corps/esprit, et de l'activité pour la deuxième ergothérapeute. Ces éléments apparaissent comme déterminants et centraux dans leurs professions et par extension, dans leurs identités préprofessionnelles.

La première ergothérapeute parle de « liens transférentiels » comme étant singulier dans sa pratique, mais à moins d'une explication bien plus approfondie, on peut émettre l'hypothèse

que cet élément puisse ne pas apparaître comme signifiant pour un novice cherchant à cibler sa profession.

Pour ce qui est de l'infirmier, aucun élément ne semble apparaître comme central dans sa profession. Pour autant il est des quatre professionnels interrogés, celui qui se place le plus dans « l'agir » pouvant établir un catalogue complet de ce qu'il fait durant ses journées, éléments qui apparaît moins chez les autres.

4.1.2.3.2. De la connaissance à la reconnaissance

Aucun des professionnels interrogés n'a abordé ces questions avec certitude et assurance, prenant tous soin de conditionner leurs perceptions. Pour autant on peut remarquer une plus ou moins vague connaissance globale des autres professionnels qui l'entourent.

Pour l'infirmier et la psychomotricienne, qui co-animent un groupe ensemble, la spécificité de l'autre semble apparaître. L'infirmier relève bien le corps comme une spécificité particulière pour la psychomotricienne, qui elle, place bien l'infirmier dans le quotidien du patient.

Pour l'infirmier, qui ne partage pas de co-animation avec l'ergothérapeute, les contours de la spécialité de cette dernière, apparaissent comme beaucoup plus vagues malgré son ancienneté dans le service et sa volonté d'être en lien avec les équipes « *pour moi c'est important de pouvoir être avec les infirmiers, de pouvoir échanger en dehors justement des réunions et dans des affinités, ou des cooptations* ».

En revanche la psychomotricienne semble avoir une connaissance plus fine de l'ergothérapie malgré le fait qu'elle ne travaille pas avec elle.

Autre fait remarquable, c'est la tendance de l'infirmier à dévaluer son travail, et à reconnaître dans « l'autre » professionnel, un expert dans son domaine spécifique. Autrement dit, on remarque l'adéquation entre ce qui semble être véhiculé par l'un et perçue par l'autre. Par exemple pour lui, il va avoir tendance à placer la psychomotricienne en position d'experte sans pouvoir clairement expliquer pourquoi. Appréhension effectivement en adéquation avec elle qui se présente clairement en spécialiste du corps.

L'infirmier semble bien avoir un apriori sur l'expertise de l'ergothérapeute dans un domaine, mais ne sachant suffisamment bien identifier le domaine en question. On peut ici émettre l'hypothèse que cette réserve puisse se rapprocher de la présentation initiale de l'ergothérapeute ne permettant peut-être pas de fixer des représentations suffisamment claires pour lui. Alors que la reconnaissance de la spécificité de l'ergothérapeute semble acquise pour

la psychomotricienne, d'autant plus qu'elle est en mesure d'en avoir une représentation étayée.

Enfin, une remarque de l'infirmier m'a interpellé « *nous infirmiers, le corps médical, et les intervenant extérieurs : assistant social, psychomot, ergo* », qui fait apparaître sa représentation dans le positionnement de chacun. Il semble ainsi attribuer une place à part aux psychomotriciens et aux ergothérapeutes, qui sont qualifiés « d'intervenant extérieurs », c'est-à-dire pas tout à fait dans l'équipe soignante.

4.1.2.3.3. Une connaissance globale entraînant une reconnaissance identitaire amoindrie

Les éléments recueillis durant ces entretiens et leurs analyses, permettent de s'interroger sur l'aptitude à créer un espace suffisamment clair pour que les conditions de rencontre, et ainsi du « travail ensemble », soient réunies.

La connaissance semble globalement présente et partagée, mais les représentations fines ne semblent pas être de mise. Et pour cause, la simple présentation, explication, de sa spécificité professionnelle semble être un exercice auquel les professionnels se plient volontiers, mais avec plus ou moins de difficulté. En effet, il semble que cette « introduction de soi » ne puisse se couronner de succès qu'au prix d'un certains « habitude » des professionnels eux-mêmes, aguerris à l'exercice, et le développement de stratégies pédagogiques facilitantes (se raccrocher à une idée forte comme l'activité pour l'ergothérapeute, le lien corps-esprit pour la psychomotricienne) avec parfois des « trucs » personnels (comme pour la psychomotricienne). On voit bien également que ces éléments mettant en avant l'intrication du niveau de connaissance de chacun sur le travail de l'autre, avec l'effectivité des liens quotidiens, plus ou moins proches suivant la réalité d'un travail commun. Caricaturant alors un cercle sans fin dans lequel il s'agirait de se connaître l'un, l'autre, pour arriver à travailler ensemble, tout comme, dans un même temps, il s'agirait de travailler ensemble pour se connaître l'un, l'autre. Mais même alors, il semble que la connaissance de l'autre reste vague.

La reconnaissance de l'expertise et du savoir de l'autre est admise et permet de renvoyer un « acte adressé » positif renforçant l'identité professionnelle de ce collègue. Mais est-ce qu'une vague connaissance est suffisante ? Lorsqu'il s'agit de travailler en co-animation, n'a-t-on pas besoin de connaître assez clairement le contour des compétences de ses collègues pour effectuer un travail riche et de qualité et arriver à se positionner soi ? Et du moins, comment

peut-on renvoyer à l'autre une reconnaissance de son utilité, de sa valeur, de sa compétence si nous n'avons qu'une vague idée des contours de sa profession ?

4.2. L'identité sociale et professionnelle reconnue au travers du légal.

Comme nous l'ont affirmé les différents auteurs, la reconnaissance d'une profession, et par là même, son identité sociale dans un contexte d'organisation professionnelle, passe par un contexte légal reconnu et délivré par l'état. C'est cette reconnaissance qui au travers un diplôme, un encadrement de la formation, une autorisation d'exercice, permet au professionnel de s'affirmer, ou du moins de s'afficher, comme « sachant, sachant faire » fort de l'appui du diplôme délivré. Or, pour C.Wagner, la réglementation, qui permet de consacrer une discipline, de la protéger de la concurrence, ne permet pas de clarifier la position et le rôle de l'ergothérapeute du fait de son opacité et du déséquilibre de traitement entre les professions.

Ainsi il va s'agir dans ce chapitre de faire un travail de comparaison des décrets d'actes qui contiennent la pratique des ergothérapeutes, des infirmiers, des psychomotriciens des éducateurs spécialisés et des arts-thérapeutes. Je vais me restreindre à ces professions afin de contenir mes interrogations au cadre du contexte initial qui a suscité ce travail, à savoir le fonctionnement d'un service de psychiatrie. Pour autant j'ai choisi d'élargir, cette comparaison à d'autres professions susceptibles d'intervenir dans ce type de service comme pour les éducateurs-spécialisés et les arts-thérapeutes que l'on retrouve fréquemment en psychiatrie.

Afin de procéder à cette étude comparative, je suis allé rechercher les articles concernant chaque profession citée plus haut dans le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif au livre IV (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code¹², qui mentionne l'ensemble des professions. Je ne vais pas mentionner ici l'intégralité des décrets concernés mais uniquement en extraire les thèmes pertinents pour le contexte ciblé.

¹² (Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, 2004)

4.2.1. Cadre légal de l'ergothérapeute (Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie)

Comme on l'a vu, le décret qui régit les actes en ergothérapie correspond au décret mentionné comme tel :

*« Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie
Version consolidée au 7 août 2004 »*

En regardant de plus près ce décret on peut y voir mentionné en 3^{ième} point, les activités concrètes qu'est habilité à faire un ergothérapeute. Parmi elles nous ne retiendrons que les actes qui peuvent avoir un lien avec le travail dans le champ psychiatrique, à savoir :

« 3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :

(...)

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 ;

(...)

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement. »

Ainsi on voit bien que l'ergothérapeute, au travers d'activités « d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail » participe à la prise en charge psychothérapeutique du patient. Il participe à l'accompagnement dans un processus de resocialisation, de « reprise de l'identité personnelle » et à « l'expression des conflits

internes » qui est un élément fort dans le travail psychothérapeutique du patient. Il s'agit d'entendre par là, non seulement les capacités et les connaissances nécessaires du thérapeute pour accompagner le patient dans cette voie. Mais aussi sa compétence autour de l'activité et des médiateurs, qui sont la base de sa profession, et l'intérêt de ces activités dites « projectives » à savoir permettant un investissement particulier pour celui qui la réalise. Projection permettant, non seulement une appropriation psycho-affective de l'objet, mais également un support d'investissement favorisant le « dire » autrement, sans mots, sans même avoir conscience d'éléments enfouis, dans un contexte de prise en charge médicale et psychologique.

On peut également remarquer le rôle spécifique de l'ergothérapeute autour de ces éléments centrés sur la mise en activité, avec comme ouverture finale l'environnement qui laisse ainsi la possibilité à l'ergothérapeute de sortir de l'enceinte hospitalière.

4.2.2. Cadre légal de l'infirmier. (Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier)

Le décret d'acte actuellement en vigueur régissant l'activité des infirmiers est le suivant :

« Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Version consolidée au 7 août 2004 »

Il s'agit d'un décret extrêmement détaillé et exhaustif, dans lequel on peut retrouver l'ensemble des tâches incombant aux infirmiers avec même des actions très ciblées comme « 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture », ainsi que des tâches bien plus globales et partagées par un grand nombre de professionnels.

Dans un premier temps le décret repositionne les actes infirmiers dans une approche globale en y introduisant une approche soignante forte.

« Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle... »

Axe qui est confirmé dès le premier item.

« 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social »

Par la suite est détaillé un ensemble d'actes concernant différentes activités à la charge des infirmiers que, pour des soucis de clarté et de compréhension, j'ai retiré ici.

A l'item 3 on peut toutefois remarquer la présence de l'évaluation de la dépendance des patients.

« 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes »

On peut bien évidemment retrouver la responsabilité de l'infirmier dans la distribution et la surveillance du traitement médicamenteux qui est un acte exclusivement dévolu à cette profession.

« 4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs »

Dans l'élément 5 on peut relever un rôle de soutien et d'accompagnement d'ordre général.

« 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

Dans l'article R. 4311-5, un ensemble de 42 items sont mentionnés comme étant du rôle propre de l'infirmier, dont deux relèvent spécifiquement du champ de la psychiatrie.

« Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

(...)

41° Aide et soutien psychologique ;

(...)

42° Observation et surveillance des troubles du comportement. »

Il est annoncé ici que « l'aide et le soutien psychologique » ainsi que l'observation et la surveillance des troubles du comportement font partie du rôle propre dédié aux infirmiers.

La formation d'Infirmier Spécialisé en soins Psychiatrique, ainsi que la formation spécifique qui en découlait, n'existe plus à ce jour. Pour autant, dans le décret d'acte général de l'infirmier, on peut retrouver un article, le R. 4311-6, qui relève plus spécifiquement de leurs rôles en ce domaine.

« Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5 (plus spécifiquement dévolu aux soins généraux), l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;

2° Activités à visée socio thérapeutique individuelle ou de groupe ;

3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;

4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient. »

On voit ici la participation de l'infirmier à la prise en charge des patients en psychiatrie dans sa globalité allant de l'accueil, de sa surveillance quotidienne, notamment concernant les prises de traitements, ainsi que les mesures d'isolement.

On voit également le rôle actif qu'il peut avoir dans la prise en charge autour « d'Activités à visées socio thérapeutique individuelle ou de groupe ». Le terme « socio thérapie » est ainsi expressément stipulé dans le décret d'acte infirmier avec la possibilité de mettre en place ces activités en individuel ou en groupe. Pour autant aucun élément ne vient préciser qu'elle est la teneur exacte de ces activités laissant alors libre champs aux infirmiers pour s'approprier cette notion et la mettre en application. Cette pluralité d'actions possibles pour l'infirmier, se renforce à la lecture de l'ouvrage « *activités thérapeutiques à médiation – Rôle infirmier et soin en santé mentale* » (Merkilng, 2010). En effet, ce livre qui décrypte les activités à visées socio thérapeutique que l'infirmier peut mettre en place renforce cette approche comme étant le « *rôle propre* » de l'infirmier en santé mentale, comme étant de sa prérogative et de sa compétence. Plus avant dans ce livre, à la lecture des chapitres, on peut également voir une approche qui peut s'articuler autour des « *activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences relationnelles et sociales* » dans le chapitre 4, « *les activités*

thérapeutiques centrées sur le corps » dans le chapitre 5, « *les activités centrées sur le maintien et le développement des capacités cognitives* » dans le chapitre 6, « *les activités centrées sur le développement des possibilités d'élaboration utilisant le processus créatif (peinture, dessin, modelage, écriture, musicothérapie active, théâtre, photo-langage sculpture etc.)* » dans le chapitre 9 et « *les activités centrées sur le développement des possibilités d'élaboration utilisant une œuvre existante (photo-langage, musicothérapie réceptive, lecture partagée, stimulation des sens, etc.)* » dans le chapitre 10. L'ensemble de ces champs, ainsi que l'approche qui y est avancée, la méthode de construction d'un groupe et d'animation, se confondant alors totalement avec la démarche qui peut être mise en place d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute par exemple.

4.2.3. Cadre légal du psychomotricien. (Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice)

La première remarque surprenante est l'association qui est fait dans le livre IV de la santé, en ne distinguant pas, dans un premier temps, la profession d'ergothérapeute et celle de psychomotricien.

« TITRE III : PROFESSIONS D'ERGOTHÉRAPEUTE ET DE PSYCHOMOTRICIEN »

Par la suite, comme pour chaque professionnel de santé, la psychomotricité présente un décret spécifique qui est le :

« Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

Version consolidée au 27 janvier 2010 »

Dans un premier temps, vient un descriptif de l'ensemble des activités qui peuvent être réalisées par le psychomotricien, détaillées en 4 items.

Les deux premiers concernent l'activité de bilan, d'éducation et de stimulation qu'ils peuvent réaliser de façon précoce.

« Article R. 4332-1

(...)

1° Bilan psychomoteur ;

2° Education précoce et stimulation psychomotrices ; »

Le troisième item concerne leurs activités de rééducation. Cet item est détaillé en 12 sous-

items qui ciblent plus particulièrement des axes de travail à partir de troubles.

« 3° Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants 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 :

- a) Retards du développement psychomoteur ;
- b) Troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
- c) Troubles du schéma corporel ;
- d) Troubles de la latéralité ;
- e) Troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
- f) Dysharmonies psychomotrices ;
- g) Troubles tonico-émotionnels ;
- h) Maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
- i) Débilité motrice ;
- j) Inhibition psychomotrice ;
- k) Instabilité psychomotrice ;
- l) Troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit ; »

En en-tête de cet item, sont précisés les moyens à leurs dispositions « techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination ». On voit bien apparaître ici la place centrale que prend le corps dans leurs pratiques et la place d'objet de médiation, qu'il peut y prendre. Parmi les troubles ciblés ici, aucun n'est lié à la psychiatrie de façon spécifique, chacun pouvant apparaître comme répercussion suite à un grand nombre de pathologies d'origines diverses (psychiatrie mais aussi neurologie ; pathologie congénitale ; traumatologie ; d'origine sensorielle ; dégénérescence etc.).

Enfin le 4^{ième} item, même s'il reste assez généraliste, aborde de façon un peu plus explicite le travail du psychomotricien en psychiatrie.

« 4° Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. ».

Cette fois encore, la place du corps est affichée comme centrale dans leurs approches. Il est clairement annoncé que c'est par ce biais là que le psychomotricien pourra participer à la prise

en charge des patients dans leurs problématiques identitaire, intellectuelle, comportementale, émotionnelle. Cet item reste encore assez large puisqu'il annonce, comme pour le 3^{ème} item, que cette approche est à envisager pour des pathologies d'origines « *psychique(s) ou physique(s)* », pour autant les thématiques avancées, « *troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps* » s'inscrivent totalement dans des répercussions d'ordre psychique.

4.2.4. Cadre légal de l'éducateur-Spécialisé. (Arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé)

L'éducateur-spécialisé est un professionnel socio-éducatif, et à ce titre, son décret de compétence ne fait pas parti du livre IV de la santé. Pour autant, il possède un arrêté décrivant son action.

« Arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé. NOR : M TSA755916A. »

Dans la première partie de cet arrêté, sont décrites les modalités de formation, de concours d'entrée en école et les équivalences possibles. Nous ne nous attarderons qu'aux actions qu'il peut mener et les moyens mis en œuvre notamment dans le champ psychiatrique.

C'est en annexe 1 que nous en apprenons un peu plus sur ses actions.

« Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé. ANNEXE I. Référentiel Professionnel. »

Qui commence par donner une définition de ce métier.

« Définition de la profession et du contexte de l'intervention.

(...)L'éducateur spécialisé est impliqué dans une relation socio-éducative de proximité inscrite dans une temporalité. Il aide et accompagne des personnes, des groupes ou des familles en difficulté dans le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion. »

On y apprend dès lors qu'il s'inscrit également dans la recherche d'autonomie, de socialisation, d'intégration et d'insertion de la personne ainsi que de son entourage.

« Pour ce faire, il établit une relation de confiance avec la personne ou le groupe accompagné et élabore son intervention en fonction de son histoire et de ses potentialités psychologiques, physiques, affectives, cognitives, sociales et culturelles ».

Ce préambule précise également que la base de travail de l'éducateur est une relation de confiance qu'il peut mettre en place, en s'appuyant sur les ressources qu'il saura déceler.

Suite à cette première définition, le décret permet d'aller plus avant dans les activités réelles que peut mettre en place l'éducateur-spécialisé.

« Etablissement d'une relation, diagnostic éducatif.

Accompagnement éducatif de la personne ou du groupe.

Conception et conduite d'une action socio-éducative au sein d'une équipe.

Construction d'un cadre d'analyse et d'une expertise des pratiques éducatives et sociales. »

La spécialité autour de la relation éducative est clairement mise en avant ici. Il axe sa pratique dans cette dynamique et semble mettre le souci « éducatif » en premier ordre.

Pour ce faire, le décret décline par la suite, un ensemble de 4 domaines de compétences qui se subdivisent en sous-compétences.

Dans ce souci de rapprochement des tâches réalisées par les différents professionnels, portons attention au premier domaine.

« Domaine de compétences 1. - Accompagnement social et éducatif spécialisé :

Instaurer une relation.

Favoriser la construction de l'identité et le développement des capacités.

Animer la vie quotidienne. »

Il est affiché ici parmi les compétences de l'éducateur-spécialisé, la notion de relation à l'autre, d'aide à la construction de l'identité et d'animation de la vie quotidienne. Ainsi, tout comme les autres professionnels du secteur sanitaire, l'éducateur-spécialisé semble également avoir un rôle dans l'accompagnement et le soutien psychologique de la personne étant un professionnel aguerri à la relation, ayant le souci de la construction et du développement identitaire. De plus, tout comme l'infirmier, ce décret affiche le rôle de l'éducateur-spécialisé autour de la gestion du quotidien, mais l'inscrivant cette fois dans un rôle d'animation.

Par la suite, les autres domaines de compétences rapportés, s'inscrivent spécifiquement dans le champ éducatif renforçant bien sa spécialité en la matière.

« Domaine de compétences 2. - Conception et conduite de projet éducatif spécialisé :

Domaine de compétences 3. - Communication professionnelle :

Domaine de compétences 4. - Implication dans les dynamiques partenariales, institutionnelles et interinstitutionnelles »

4.2.5. Contexte de l'art-thérapeute. (LARSEN, Art-thérapie)

Tout comme l'éducateur-spécialisé, « l'art-thérapeute » n'est pas un professionnel du secteur sanitaire, et ainsi, il n'a pas de décret d'acte référencé dans le livre IV de la santé publique.

Qui plus est, il s'agit là d'un métier encore mal défini et mal structuré, les formations étant très disparates et non réglementées. Pour autant, bon nombre de services de psychiatrie font appel à des « arts-thérapeutes » pour participer aux prises en charges. C'est pourquoi il m'a paru opportun d'y consacrer ce court chapitre.

Pour appuyer mes propos, je m'en référerai à la présentation donnée par la Fédération française des Art-thérapeutes (FFAT) (LARSEN, Art-thérapie)

Ainsi, « l'art-thérapie est une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique ».

Dans cette première phrase d'accroche, bien que l'art-thérapie ne soit pas un professionnel de santé en tant que tel, et qu'ainsi son activité ne soit pas réglementée, l'art-thérapeute s'inscrit pleinement dans une démarche de soin. L'auteur nous précise que pour ce faire, il utilise le processus de création artistique comme moyen d'action.

« L'art-thérapie est une thérapie par médiation artistique, c'est-à-dire qu'elle est un soin par l'approche créative. Elle met les patients en situations de création même si aucun talent artistique ne leur est demandé au préalable. »

Cette approche est ici confirmée avec l'emploi de mots du type « médiation artistique » et tout comme l'ergothérapeute, il est clairement mentionné que seule la démarche compte. La qualité finale de l'objet n'étant qu'accessoire.

« L'art-thérapeute, qui a, lui, une connaissance et une pratique artistique personnelles, utilise une médiation ou plusieurs parmi lesquelles on peut citer les arts plastiques, la danse, la musique, le cinéma, la vidéo, le théâtre, l'écriture, le conte. »

Il est précisé le type de médiation qui peut être utilisée par l'art-thérapeute. Elles semblent être aussi diverses que possible allant d'activité manuelle (arts plastiques), à des activités

corporelles (danse, théâtre), ou d'expression (écriture). Comme je l'ai expliqué à propos de l'ergothérapeute, il est précisé ici que l'art-thérapeute a une connaissance fine de l'activité. Mais alors que l'ergothérapeute aura une connaissance fine de l'utilisation d'un médiateur et des connaissances générales sur les activités, à l'exception de celles qu'il aura développées à titre personnel, l'art-thérapeute est présenté ici, comme un « spécialiste » de son activité.

« L'objectif de la médiation artistique est de créer du lien et du sens en renouant avec la communication non-verbale et verbale mais aussi en structurant la pensée, le discours, les comportements. Il est aussi de « renarcissiser » la personne, c'est-à-dire d'améliorer son image de soi. »

Là encore, la présentation inscrit clairement l'art-thérapeute dans une démarche de soin en lien avec des objectifs thérapeutiques clairs autour de la communication (verbale ou non), du comportement et de l'image de soi.

Par la suite, il est mentionné un petit paragraphe qui précise l'activité des art-thérapeutes en structure de soins psychiatriques que j'ai laissé dans son intégralité.

« Art-thérapie et structure de soins psychiatriques

L'art-thérapie est préconisée pour les personnes souffrant de troubles psychiques (psychoses, névroses, troubles de la personnalité, etc.).

En institution, une indication médicale est discutée avec l'équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, etc.), en accord avec le patient. Le soin apporté par la pratique de l'art-thérapie s'inscrit alors dans une prise en charge globale.

Lors des réunions d'équipe, l'art-thérapeute remonte des informations sur le comportement du patient pendant l'atelier ou sur son état de santé. Comme l'art-thérapeute n'est ni un médecin ni un soignant au sens strict du terme, les patients sont parfois plus confiants pendant les séances de médiation artistique et il arrive qu'ils se confient. L'art-thérapeute peut alors, dans une certaine mesure, être considéré comme un lien entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire. »

La démarche est que plus affirmée de la volonté de l'art-thérapeute de s'inscrire dans le processus de soin de la personne et de son rôle auprès de l'équipe soignante. Il est renforcé

ici, l'intérêt pour l'art-thérapeute, de passer par une médiation artistique et d'être « non-soignant » pour faciliter le lien avec le patient.

Pour finir il me semble important, cette profession n'étant ni référencée, ni réglementée, de replacer le contexte de sa rédaction en renvoyant la responsabilité de son contenu à l'auteur.

« Cet article a été réalisé avec l'aide d'Agnès Larsen, art-thérapeute plasticienne au centre hospitalier Sainte-Anne (Paris) et membre actif de la Fédération française des Art-thérapeutes (FFAT). ».

4.2.6. Absence de contours clairs, flou des définitions

Puisque la focale de ce mémoire se tourne autour de la place de l'ergothérapeute et de l'impact des champs d'actions partagés sur le plan identitaire, je propose ici d'axer l'analyse, en comparant les éléments relevés par rapport à ceux référencés sur le décret d'actes professionnels de l'ergothérapeute (sachant qu'une autre orientation aurait tout aussi bien pu être prise).

En comparant le cadre légal d'exercice des quatre professions mentionnées ici (à l'exception des art-thérapeutes qui n'ont pas de cadre légal d'exercice), on peut voir que la notion de relation apparaît comme forte et centrale pour chacun d'entre eux. Ces quatre professions, s'inscrivent dans une démarche de soins psycho dynamiques et de relation à l'autre de façon forte. Pour chacun cette notion s'affiche comme faisant partie d'une de leurs compétences propres, ou spécifiques, qui, de ce fait on le voit bien, doit plutôt s'envisager comme un savoir-faire commun et partagé. Cet élément n'a rien d'étonnant en soi, il est même un gage d'assurance et de cohésion de groupe s'agissant là d'une valeur commune.

De plus, sur ces quatre professions, trois se définissent clairement dans une spécificité quant à une approche plus généraliste. En effet le psychomotricien est clairement positionné comme un spécialiste du travail et de la médication autour du corps. L'ergothérapeute est positionné comme un spécialiste de l'activité artistique et artisanale. L'éducateur-spécialisé n'a pas de moyens de cibler dans son référentiel de pratique, et peut ainsi utiliser à loisir l'ensemble des outils qu'il jugera bon. Pour autant il est positionné comme particulièrement compétent dans le domaine éducatif. Ainsi rien n'est stipulée pour lui quant aux moyens qu'il pourra mettre en place mais, en revanche, ses objectifs, sa finalité est clairement axée autour de l'éducation et peut être un peu moins dans une approche thérapeutique.

Quant à ces domaines, l'infirmier, lui a un décret d'acte très large et peu décrit, le positionnant plus comme un généraliste du soin et de la prise en charge qu'un expert dans l'un en particulier, pouvant aborder l'ensemble de ces domaines. En effet, on retrouve la dimension d'activité « socio-thérapeutique », terme générique, qui ne renseigne en rien sur les contours réels. Ainsi libre à lui de s'approprier des pratiques centrées autour du corps, ou de l'activité manuelle, artistique ou artisanale. Le décalage me semble même renforcé quant à cette compétence qui est notifiée de façon beaucoup plus évasée que les autres actes qu'il est habilité à réaliser, comme par exemple avec des items extrêmement ciblés en soins généraux, et pour autant, qui fait partie de son « rôle propre » en service de soin psychiatrique, ce qui à mon sens l'inscrit comme une activité forte pour lui en ce domaine. De plus nous pouvons voir qu'un bon nombre d'actes lui sont dévolus de façon explicite et exclusive (notamment son action autour des prises en charge médicamenteuses, de surveillance en isolement, d'accueil etc.). Pour finir, tout comme le psychomotricien et l'ergothérapeute, sa démarche s'inscrit clairement dans une dynamique de soin.

Enfin, concernant l'art-thérapeute, s'agissant d'une activité non réglementé, il s'agit évidemment d'être prudent sur la représentativité du texte présenté. Mais pour autant, à ma connaissance il s'agit là d'une présentation assez fidèle de leurs positionnements. Lui aussi s'inscrit clairement dans une dynamique de soin. Son outil de travail est présenté comme l'activité artistique. Il se positionne en spécialiste de l'activité qu'il propose, et donc dans sa compétence d'artiste en la matière. Pour autant, l'activité, les principes, la démarche annoncée dans ce texte correspond en tout point au travail de l'ergothérapeute et ainsi, plus qu'un partage de compétence, il s'agit là d'une véritable confusion de rôle.

4.2.7. Un cadre légal qui faillit à sa mission

Il ne s'agit là que de quelques exemples sans souci d'exhaustivité. En effet, à ce petit condensé comparatif, il aurait pu être rajouté l'assistante-sociale dans son approche de réinsertion, et d'inclusion sociale, les aides-soignants et les aides médico psychologiques dans leur démarche soignante eux aussi axés autour de la relation, du quotidien et de l'activité, ainsi que les professeurs de sports adaptés.

Pour autant il me semble déjà suffisant pour se rendre compte de l'évident partage de compétences entre les différents acteurs et de la confusion qu'elle peut engendrer sur les champs spécifiques de certains acteurs.

Il y a en effet un décalage entre les différents décrets d'actes professionnels trouvés, du moins dans leurs philosophies. Concernant les textes se rapportant aux professions de psychomotriciens et d'ergothérapeutes, les contenus mettent clairement l'accent sur la finalité de leurs démarches qui se veut thérapeutique, et sur leurs approches, par le corps pour l'un, par l'activité pour l'autre. L'éducateur spécialisé n'a lui pas de limite de moyens d'action, mais une finalité qui est plus centrée sur la dimension éducative que thérapeutique. Quant aux infirmiers, ils ont une démarche tournée vers le soin mais aucune notion quant à la méthode. En effet la notion d'activité socio-thérapeutique, ne précise que la finalité (sociale et thérapeutique) mais pas les moyens d'y parvenir qui peuvent prendre toute forme venant ainsi déborder sur les domaines d'expertises du psychomotricien ou de l'ergothérapeute. Pour autant leur décret d'actes les positionne comme « compétent » en la matière. Ainsi, alors que le décret protège clairement l'infirmier dans la grande partie de ses actions les détaillant clairement, la réglementation lui reconnaît la compétence, et ainsi la possibilité, de réaliser des actions dans le champ de compétence d'autres professionnels. En effet il me paraît impossible d'expliquer ici de façon claire et simple, la différence qu'il pourrait y avoir entre une séance de relaxation en psychomotricité, et une activité socio thérapeutique de relaxation, entre une séance peinture en ergothérapie et une activité socio-thérapeutique peinture. Alors qu'une activité peinture réalisée par un psychomotricien ou une séance relaxation faite par un ergothérapeute, demanderait à être bien plus justifiée en rapport aux objectifs propres à ces professionnels.

Pour finir, le positionnement des art-thérapeutes pose clairement question de leurs interventions puisque leurs activités sont exclusivement calquées sur l'activité soit du psychomotricien, si l'art-thérapeute intervient autour du corps, soit de l'ergothérapeute, s'il intervient par le biais d'une activité manuelle. Cet état de fait renvoie à la notion abordée par E.C.Hugues et rapporté par C.Dubar sur la « licence » et le « mandat ». En effet il semble que dans l'un ou l'autre cas, le « mandat » attribué à l'art-thérapeute est strictement le même que celui qui pourrait être attribué à l'ergothérapeute ou au psychomotricien, sans n'en avoir jamais la « licence », reconnaissance officielle (interrogeant alors sur la pratique illégale de telle ou telle profession ?). Contrairement à l'infirmier, et à l'éducateur-spécialisé, qui posséderont et le « mandat », autour du soin pour l'un et de l'éducation pour l'autre, d'une activité à réaliser, et la « licence » de leurs décret de compétences.

Une remarque cependant pour en revenir à la place administrative et légale de l'ergothérapie, C.Wagner nous le rapporte dans son livre au travers de témoignages de professionnels,

« Difficile de faire reconnaître cette profession surtout en psychiatrie où l'on confond animation, occupation et thérapie du fait de nos activités support. » (WAGNER, 2005, p. 88). Ainsi, ce que semble reprocher les ergothérapeutes à leurs professions, cause pour eux, de leurs manques de reconnaissance, réside dans leurs fonctions support, à savoir l'activité manuelle artistique ou artisanale. Phénomène probablement vrai dans une certaine mesure, mais qu'il est curieux de rapprocher de l'essor des nouveaux-métiers comme les art-thérapeutes, ou de la dérive de certains soignant issus de la filière infirmière notamment, qui eux se positionnent sur ces mêmes activités supports, ne semblant pas trouver qu'il puisse s'agir d'une impasse.

Comme nous le rappelle C.Wagner par ailleurs, le rôle de l'administration est d'assurer l'adéquation entre le titre, le poste, la formation ainsi que les règles de fonctionnements professionnelles. Une profession ne peut s'imposer sans cet appui. Or effectivement, il semblerait que, en tout cas pour ce qui est de l'activité de l'ergothérapie en psychiatrie, et on l'a vu également pour la psychomotricité, le positionnement de l'administration n'ait clairement pas opté pour la protection de ces disciplines ne protégeant pas leurs activités qui s'en trouve de ce fait, détachées d'un savoir spécifique sur le terrain, contrairement au réel de la formation qui amène effectivement ce savoir spécifique à ces professions puisqu'il s'agit là de leurs axe central de formation.

« 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. » (WAGNER, 2005, p. 9)

4.3. La genèse de l'identité dans la formation initiale

Au-delà des choses à apprendre, comment devient-on professionnel ? Voilà la question de départ qui a nourrie mes interrogations durant un stage que j'ai eu l'occasion de réaliser dans un institut de formation en ergothérapie. Autrement dit, pour devenir un professionnel, suffit-il d'acquérir un savoir-faire ?

Comme nous l'avons vu dans les différentes théories sur la sociologie des professions, plusieurs éléments sont nécessaires pour accéder au statut de profession. Parmi ces éléments, il est remarquable de retrouver systématiquement une notion de valeurs partagées, de communauté de préoccupations, de « culture professionnelle » comme le dit A.M.Carr-Saunders, T.Parson parle lui d'« attitude propre à sa profession », et J.-M.Chapoullie sera

encore plus explicite en parlant de « *communauté réelle des membres qui partagent des identités, des intérêts spécifiques* ».

Mais comment et quand acquiert-on ces valeurs, ces préoccupations communes, ce sentiment d'appartenance à un groupe ? M. Kaddouri, dans sa typologie des dynamiques identitaires, parle de « *transformation identitaire* » lorsqu'il s'agit de s'approprier une autre identité, dans laquelle on souhaite s'investir pour y trouver satisfaction. C. Dubar, citant F. Tonnies, précisera cette dynamique en la mettant en lien avec l'acte de formation comme genèse de cette transformation « *la socialisation communautaire s'ancre dans l'apprentissage d'un métier, une activité formatrice* » (DUBAR, 2011).

Durant la formation, l'acteur de référence qui doit servir de repère à l'étudiant dans son parcours, est le formateur. Ainsi, en rapport aux valeurs dont le formateur est lui-même porteur, j'ai essayé de mettre en évidence comment pouvaient apparaître ces attentes et ces repères communs qui soutiennent l'esprit d'une profession.

4.3.1. Méthodologie du recueil des informations

Afin d'essayer de mettre en lumière les attentes du formateur quant à l'appropriation des valeurs communes et identitaires à une profession, je me suis attaché à un temps d'évaluation autour d'une analyse d'activité présentée par des étudiants de deuxième année.

J'ai pu observer 10 présentations consécutives de 10 min chacune et qui ouvraient à 10 min d'échanges et de questions de la part du formateur. J'ai pris soin de ne participer à aucun échanges qui suivaient les présentations, ni aux évaluations qu'elles ont entraînées. C'est particulièrement à ce temps de restitution que je me suis attardé. J'ai ainsi avec l'accord de la formatrice et des étudiants, enregistré ces échanges. J'ai dans un second temps réalisé un verbatim exhaustif, qui a servi de base à un retour semi-directif lors d'une auto confrontation avec la formatrice. Je vais présenter ici des extraits de ces échanges autour particulièrement de deux étudiantes, que j'appellerai ici Noémie et Noëlie ayant changé leurs noms par soucis d'anonymat, et d'une discussion qui a eu lieu entre la formatrice et moi en fin d'auto confrontation.

4.3.2. Le contexte de l'évaluation observée

Il s'agissait d'une présentation orale que les étudiants devaient réaliser d'analyse d'activité autour d'une prise en charge qu'ils avaient pu mettre en place au cours d'un de leurs précédents stages. Comme nous l'avons vu plus haut dans la présentation générale de l'ergothérapie, il s'agit là d'un exercice théorique mais qui porte l'essentiel de la démarche en

ergothérapie. C'est ainsi qu'il s'intègre dans l'Unité d'Enseignement concernant les fondements et principes de l'ergothérapie dans cette institut de formation.

La consigne initiale avait été, pour chacun, de s'appuyer sur une expérience de stage, d'un patient pris en charge, et de nous en faire la présentation dans le cadre d'une activité qui sera analysée. Il était, par ailleurs, attendu que l'étudiant replace son contexte de prise en charge dans un cadre conceptuel (Cf. concepts en ergothérapie), ainsi que d'élargir l'analyse de l'activité sur tous les champs, quel que soit le contexte du patient. C'est-à-dire si une activité avait été réalisée avec un patient dans un contexte de rééducation motrice, il fallait également décrire l'utilisation de cette activité en la mettant en perspective d'une prise en charge en psychiatrie, dans un contexte de troubles cognitifs etc.¹³. Pour finir la présentation orale qui était faite, s'accompagnait d'une fiche d'analyse écrite qui était restituée à la formatrice pour finaliser l'évaluation.

Avant de commencer l'auto confrontation, j'ai cherché à savoir ce qu'attendait la formatrice de ce type de restitution concrètement, et voilà sa réponse :

« par rapport aux cours qu'on a pu donner, c'est savoir s'ils ont compris ce qu'est une analyse d'activité, donc en gros, savoir décortiquer une activité sur différents domaines, et puis ce que j'aimerais c'est qu'ils fassent le lien entre l'activité et la problématique de la personne... Si on a réussi ça à la fin, je pense que pour des deuxièmes années on a fait un gros pas en avant et ça va les aider pour leurs prochains stages. »

Au travers de cette réponse, on peut voir que dans un premier temps la formatrice est dans l'attente d'une maîtrise technique effective de la part de l'étudiant à cet exercice (« *savoir décortiquer une activité* »). Elle attend une réussite « technique » à un exercice qui demande un savoir-faire spécifique. Pour autant, on voit bien qu'elle n'attend pas que cela « *fassent le lien entre l'activité et la problématique de la personne* ». Par cette indication la formatrice nous dit qu'elle est dans une attente « autre », peut être plus fine et complexe car elle nous dit bien « *qu'elle aimerait* » que ce résultat advienne se rendant bien compte qu'elle ne peut avoir le même niveau d'exigence que pour la première partie. Elle renforcera même cette attente, cet espoir en fin de phrase par « *si on a réussi ça...* ». La problématique pour un patient c'est l'élément essentiel dans son contexte de vie auquel il s'agit d'être particulièrement attentif. Il ne s'agit pas d'une constante ou d'une interprétation de résultat d'analyse, qui relève de la technique pure, mais dans la compréhension d'une situation, en l'occurrence celle du patient,

¹³ Ceci mettant bien en avant le fait que ce n'est pas l'activité en soi qui permet de travailler tel ou tel troubles, mais bien l'utilisation que l'on en fait

sur un élément qui fait nœud. Cette notion de « problématique pour le patient » est tout aussi hasardeuse à déterminer de façon neutre et objective que « les projets de vies ». Face à un jeune adulte se retrouvant sur un fauteuil roulant suite à un accident, peut-être qu'un ergothérapeute déterminera la problématique du patient autour de l'accessibilité et des transferts, peut-être qu'une assistante sociale l'y verra autour d'une reprise d'activité professionnelle et que l'infirmière sera plus attentive aux sondages et à la prévention des infections. On voit bien ici que tous détiendront une part de vérité sans la détenir totalement. Il ne s'agit pas d'entendre par la « problématique » ce qui « moi m'intéresse en tant que professionnel dans ma spécialité », mais « ce qui est central, essentiel, déterminant, prioritaire pour le patient ». Sachant qu'une question aussi directe que « quelle est votre problématique ? » n'a que peu de chance d'aboutir à un résultat probant, c'est donc le professionnel, avec son regard et sa compréhension de la situation, qui devra essayer d'y trouver une réponse.

Ainsi, sur une restitution d'exercice qui s'apprend dans sa méthode et sa technicité, il est remarquable de voir que la formatrice est dans l'attente, aussi, de cet élément « aléatoire ». Et le place même comme un élément validant d'une progression notable des étudiants dans leurs formations.

4.3.3. Noémie

Pour des raisons évidentes de confidentialité, j'appellerais l'étudiante Noémie. Dans la mesure où cela n'apporterait rien à la compréhension des éléments que je souhaite mettre en avant, il n'est pas utile d'apporter des précisions sur sa présentation.

Lorsque je propose à la formatrice de revenir sur la restitution de cette étudiante, voici sa première réaction :

*« Ok, je vois bien. Là ça m'a beaucoup embêté pour cette étudiante-là...
Elle nous a présenté la problématique, elle nous a fait une analyse d'activité pas trop mal,
...mais concrètement elle est ergothérapeute et moi je ne voyais pas la patiente. »*

Ce qui est remarquable ici c'est l'ambivalence rapportée par la formatrice. Dans un premier temps elle reconnaît que l'exercice a été fait, et correctement fait semble-t-il, mais, pour autant, elle ne semble pas satisfaite du résultat. Et la raison invoquée « *mais concrètement elle est ergothérapeute et moi je ne voyais pas la patiente* », semble relever plus d'une histoire de « principe » ou « de bonne façon », qui consisterait à « voir le patient » dans la présentation

puisqu'elle est « ergothérapeute » et que cela doit nécessairement apparaître. On voit ici se dessiner une notion de « préoccupation » qui ne semble pas être partagée entre la formatrice et l'étudiante.

« Je pense que du coup elle s'est accrochée à un travail très analytique qui faisait pas ressortir ses compétences de futur ergothérapeute...ce qui m'a embêté c'est que quand je lui pointais du doigt ce qui moi me manquait en tant qu'ergothérapeute, c'était de la faute d'un élément extérieur, alors que c'est quand même sa présentation et qu'elle aurait pu mettre ça en avant. Donc je pense que pour cette étudiante là il y a un petit truc qui manque. Alors que pour le concept elle nous avait pas mal défendue son idée...et en fin de compte ça se voit même dans son approche bioméca, effectivement elle s'est occupée de la patiente dans sa lésion et uniquement dans sa lésion. Ce n'est quand même pas ce qu'on attend d'un ergothérapeute. »

Dans cette nouvelle remarque, la formatrice nous renvoie au paradoxe d'un exercice correctement fait, d'un concept correctement intégré, mais pour autant « là il y a un petit truc qui manque ». Et ce « truc » semble être à ce point déterminant qu'il semble suffire en soi, à déterminer un ergothérapeute (« Ce n'est quand même pas ce qu'on attend d'un ergothérapeute. »).

4.3.4. Noélie

Là encore pour des raisons évidentes de confidentialité et de respect des personnes, je vais retirer tous les éléments qui pourraient permettre d'identifier l'étudiante et ne mettre entre parenthèse que des éléments de reformulation qui vont participer à la compréhension de la phrase que la formatrice m'a dite au sujet de cette étudiante en auto confrontation.

« Oui avec quelqu'un ... (jeune et qui présente des troubles locomoteurs graves et irrémédiables)... Et la jeune fille nous le présente comme étant quelqu'un qui présente une petite difficulté ... (articulaire)... Encore une fois un petit décalage entre la problématique du patient et ce qu'elle nous présente quoi. Donc ça c'était important, je ne suis pas sûre qu'elle ait compris réellement ce que je lui demandais. J'ai vraiment eu l'impression qu'elle ne saisisait pas mon intervention. C'est vrai qu'elle nous a fait une analyse d'activité avec un plan de traitement qui pouvait correspondre à pas mal de chose, mais elle n'a jamais eu le recul et elle n'a jamais replacé le patient dans un contexte de vie quotidienne... »

Cette fois encore au vu de la réaction de la formatrice, on peut s'étonner du décalage entre la réussite probable à l'exercice (« C'est vrai qu'elle nous a fait une analyse d'activité avec un

plan de traitement qui pouvait correspondre») et sa visible insatisfaction (« ... Encore une fois un petit décalage entre la problématique du patient et ce qu'elle nous présente quoi. Donc ça c'était important, je ne suis pas sûre qu'elle ait compris réellement ce que je lui demandais. J'ai vraiment eu l'impression qu'elle ne saisissait pas mon intervention... mais elle n'a jamais eu le recul et elle n'a jamais replacé le patient dans un contexte de vie quotidienne... »). Il semble que ce soit les mêmes raisons qui poussent la formatrice à réagir de la sorte pour cette étudiante, que pour l'étudiante précédente. L'exercice est compris, réussi de façon correcte en soi, et pourtant il y manque un élément, un petit quelque chose qui semble pourtant essentiel à la formatrice. Une « problématique » avec toute la notion de subjectivité qui y est derrière et qu'on a vu tout à l'heure. Un élément de l'ordre d'une « valeur », d'un « regard » que visiblement la formatrice n'a pas retrouvé dans ces présentations.

4.3.5. Discussion de fin d'évaluation.

Suite à ces retours en auto confrontation sur les éléments qu'elle retournait aux étudiants, la discussion s'est engagée entre la formatrice et moi en revenant sur les éléments qu'elle m'avait rapporté ainsi que sur des éléments plus généraux. Ce sont des extraits de cette conversation que je livre ici avec toujours le même souci de respect des personnes et de la confidentialité.

Moi : « moi ce que je trouve intéressant c'est que, tant sur ...(Noémie), que ...(Noélie), le fait que l'étudiante ne comprenne pas quelque chose qui est un peu insaisissable, qui est difficile à expliquer, mais que finalement, on le comprend, est l'essence de ton métier. »

Formatrice : « en troisième année je pense que j'aurais pris différemment cette étudiante, mais là je pense que réellement, je pense qu'on a raté un truc... »

Dans un premier temps j'exprime clairement à la formatrice le décalage ressenti sur ses remarques quant à une évaluation qui devait se centrer sur la capacité de l'étudiant à maîtriser une analyse d'activité, et du fait qu'on voyait bien que ses attentes n'étaient pas que sur la réussite scolaire ou technique, alors que c'était la consigne initiale, mais qu'au travers de cet exercice elle était dans l'attente également d'autre chose, d'un « truc », et, comme je lui rapporte, peut être quelque chose d'essentiel dans la mesure ou son absence semble lui être très gênante. Et on voit bien qu'elle me confirme ce constat puisqu'elle avance le fait que pour elle «...je pense qu'on a raté un truc... ». Elle avance également un autre élément qu'il me semble important de relever, « en troisième année je pense que j'aurais pris différemment

cette étudiante ». Ici on voit que ce « truc », cet élément manquant est en lien avec la formation. Il y a visiblement la durée d'inclusion de l'étudiant dans la formation (1^{ier}, 2^{ième} ou 3^{ième} année) qui interfère directement sur l'étudiant et qui est en lien avec le niveau d'exigence attendu par la formatrice à cet égard. Ainsi donc il semblerait que, même s'il paraît toujours aussi difficile de clairement définir cet élément qui semble avoir fait défaut, il puisse se transmettre dans la mesure où, nous rapportant qu'elle estime être en droit d'avoir une exigence plus haute pour les étudiants de fin de formation, il est sous-entendu qu'alors il y a une notion, si ce n'est d'apprentissage, du moins d'appropriation par l'étudiant de cet élément.

Moi : « *on a l'impression que tu fais un « distinguo » entre ce qui est de l'ordre de la technique, de l'apprentissage procédural etc., qui est une chose, qui est l'exercice, et la philosophie, ou l'esprit, et que tu es sur ces deux plans. »*

Formatrice : « *oui tout à fait, l'identité professionnelle, elle vient, on le dit aux étudiants, moi je le dis...vous aller rentrer dans une façon d'être et vous ne serez pas les mêmes en sortant, et j'en suis convaincue. »*

Je reviens plus précisément encore sur cet élément en appuyant plus encore sur mon ressenti, comme je lui en fais la remarque, le « faire » et « la façon de faire », M. Kaddouri parlerait « d'être » et « d'avoir ». C'est la formatrice qui avance le mot « *identité professionnelle* » en réponse à ma remarque. Il s'agit, à mon sens, d'entendre là une attente de se « reconnaître », dans une certaine mesure, pour la formatrice dans l'identité sociale affichée par l'étudiante. Et ainsi constatant ce décalage, une réaction qui tendrait à se caricaturer par « tu sais faire l'exercice, mais je ne te reconnais pas dans les valeurs qui sont celles que je partage avec ceux de ma profession ! ». La formatrice renseigne également sur le fait qu'une « transformation » dans leurs « façon d'être » va se produire le long de la formation, que les étudiants vont changer au cours de celle-ci et « *qu'ils ne seront pas les mêmes en sortant* ». Là encore le lien paraît évident avec les éléments d'éclairages apportés par M.Kaddouri dans sa typologie des dynamiques identitaires lorsqu'il parle de « transformation sociale », tout comme T.Parsson qui lui parlerait de « traversée du miroir ».

Moi : « *il y a certains ergos chez qui tu te sens une proximité? »*

Formatrice : « *oui j'ai l'impression de parler le même langage et de fonctionner un peu pareil. »*

Moi : « *et tu le retrouve chez certains étudiants ? »*

Formatrice : « oui chez certains, tout à fait. A la présentation du mémoire, il y a des étudiants ou je me projetterais facilement comme collègue. »

Moi : « c'est au moment de la troisième année, du mémoire ? »

Formatrice : « ben je réfléchissais à un groupe que j'ai en deuxième année..., et c'est encore trop tôt...

Mais chez certains étudiants de troisième année oui, même en début là qu'on est en train de suivre pour le mémoire, je trouve qu'ils fonctionnent un peu comme moi et du coup j'adhère. En sachant qu'il y a encore des choses à faire, mais je me dis ils ont vraiment la façon de voir ergo que je pourrais avoir. »

Par ces phrases nous en apprenons un peu plus quant à ce manque exprimé par la formatrice lors des présentations. Elle parle d'un « langage commun », de façons de fonctionner identiques. Il n'y a pas de notion de « savoir-faire » spécifique ici, mais plutôt d'une incarnation de valeurs partagées, d'une communauté de langage, J.-M. Chapoullie parlerait de « communauté réelle des membres qui partagent des identités, des intérêts spécifiques » (DUBAR, 2011).

Notion capitale pour emporter l'adhésion de la formatrice.

4.3.6. La formation initiale, la quête de l'identité professionnelle

Nous avons pu voir au travers de cette évaluation, l'incarnation de cette identité partagée qui fait sens dans une profession, en interrogeant les attentes de la formatrice qui incarne, de par son statut et sa fonction, inévitablement la référence. On voit bien que cet élément est essentiel pour emporter la reconnaissance du pair professionnel, pour identifier l'autre comme étant comme soi. En d'autres termes, pour l'identifier socialement, pour lui accorder une place et un rôle social dans l'organisation, qui, comme nous l'a montré M. Kaddouri, peut-être en rapport, ou non, avec l'identité souhaitée par l'acteur lui-même.

On voit également, mais l'évidence semble tellement être de mise, que cette identité s'acquiert et se forge durant le parcours de formation, même si cette identité continue à se forger, se modifier, se ré-axer au vue des différentes socialisation « secondaires » ou dynamiques de changements. Pour autant, ce qui est notable ici, c'est que, dans le milieu professionnel, alors que l'identité professionnelle est liée à l'identité octroyée, acquise, à l'autre professionnel mais non pair, dans le cadre du parcours de formation, il semble que c'est en référence aux professionnels, formateurs ou tuteurs de stage, que les étudiants

confrontent et modèlent leurs identités. Dans l'exemple que nous avons vu, le formateur jouant clairement le rôle de « guide », peut-être pourrions-nous dire en nous rapprochant de l'origine corporatiste des professions, de maître formateur dans le compagnonnage des étudiants.

4.4. La mise à jour du travail ensemble

« *L'intérêt du décret d'actes est de fixer un cadre juridique et donc légal aux pratiques ergothérapeutiques* » (WAGNER, 2005, p. 66). Il en est ainsi pour l'ergothérapie, mais plus largement pour toutes les professions paramédicales. De ce fait, la « place », dans le sens de l'utilité, de la reconnaissance, devrait se nourrir de ces actes ciblés dans le décret spécifique à cette profession.

Pour autant, l'étude et la comparaison des différents décrets d'actes régissant les pratiques de chaque professionnel, met en avant des chevauchements comme le rappelle l'ANFE¹⁴ qui « *Souligne concrètement un certain nombre de compétences sans ignorer que d'autres professions paramédicales sont à même d'œuvrer dans les mêmes domaines* » (WAGNER, 2005, p. 67/68).

Ainsi « *le décret d'actes des masseurs-kinésithérapeutes contient des articles dont la teneur révèle des compétences proche des ergothérapeutes.* » (WAGNER, 2005, p. 82), tout comme pour la psychomotricité ou « *Les possibilités de chevauchements des compétences sont à nouveau possibles puisqu'il s'agit de pratiques rééducatives.* » (WAGNER, 2005, p. 83). Mais la situation du partage des compétences au travers des décrets d'actes, ne se pose pas seulement entre les professionnels de la rééducation. Il en est de même avec d'autres professionnels comme nous le montre le témoignage d'une ergothérapeute exerçant en psychiatrie « *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 charges et considère que les infirmières peuvent tout faire.* » (WAGNER, 2005, p. 88).

Concrètement ces « compétences partagées » se manifestent d'une façon telle qu'un observateur extérieur qui n'aurait pas accès au préalable au cheminement, à l'élaboration de la part du professionnel¹⁵, ne pourrait pas savoir quel est le professionnel il est en train d'observer en activité. Un professionnel en blouse blanche soutenant un patient pour le faire marcher dans un couloir, est-ce un kinésithérapeute ? Un ergothérapeute ? Un infirmier ? Un

¹⁴Association Nationale Française d'Ergothérapie (ANFE)

¹⁵ Et qui parfois s'objective autour d'un projet (nous y reviendrons plus tard)

psychomotricien ? Un autre assis à côté d'un patient allongé sur un tapis de sol et lui demandant de poser une respiration lente et profonde, est-ce une séance de relaxation de psychomotricien ? De kinésithérapeute ? D'infirmier ? D'animateur yoga-relaxation ? Ce dernier proposant un atelier peinture est-ce un ergothérapeute ? Un infirmier ? Un art-thérapeute ? Par exemple au regard des réponses d'une ergothérapeute aux questions posées autour d'un atelier terre qu'elle co-animaient avec une infirmière, et plus précisément autour de ce qui faisait leurs différences de pratiques sur ces moments-là « *moi pour moi, à mon époque quand j'ai commencé l'école c'était vraiment important (sous-entendu la « terre »)...maintenant ça devient moins hein ?...je vois que je suis peut-être un dinosaure j'en sais rien hein...forcement comme ça a un intérêt pour nous, c'est quelques chose qu'on privilégie mais qu'on partage aussi...parce que de toute façon en atelier, je trouve que l'intérêt d'être un infirmier, une ergothérapeute c'est qu'on a pas le même regard par rapport au patient, la même manière de fonctionner...* » Et qui poursuivra avec « *peut-être que dans l'atelier, moi je suis peut-être plus garante du cadre...du cadre de l'activité...et dans le contenu je me positionne peut être plus extérieure...* ». On relève bien ici la difficulté, parfois même des acteurs directs, d'arriver à trouver une lecture claire dans le partage des rôles ne pouvant alors qu'émettre des hypothèses, des suppositions. Ce que nous est rapporté ici, c'est qu'aucun élément, sur le moment de ces ateliers, dans le concret, dans le réel de l'acte, ne va être distinctif de l'action de l'ensemble. Elle place sa différence professionnelle, sur un niveau plus conceptuel.

Mais qui d'autre qu'elle a accès à ce niveau ? Est-ce une distinction suffisante pour la spécifier ? Et, s'il ne s'agit pas de la distinguer alors ou est l'intérêt de la multiplicité de spécialités ? Et, au-delà de l'intérêt thérapeutique de multiplier les « regards » que les professionnels mettent en avant, quel impact pour le professionnel lui-même dans sa représentation subjective de sa propre place au sein de l'équipe, du groupe, face à ce « faire identique » et à cette différence impalpable ?

Dernier exemple symptomatique pour venir étayer mon questionnement quant aux dérives possibles de l'absence de distinction dans les tâches partagées. En 97, à l'initiative du ministère de l'emploi et de la solidarité, des emplois jeunes ont été créés. Au-delà de lutter contre le chômage une des volontés du ministère était par ce biais de s'attaquer aux difficultés de retour à domicile de certaines personnes lourdement handicapées. Le type d'emploi créé fut défini ainsi : « *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'interventions à domicile, installation du malade, surveillance des premiers jours et notamment la nuit. Ce métier a également une fonction d'aide à la résolution de problèmes matériels (appareillage, transport, logement) administratif et sociaux de la personne. » (WAGNER, 2005, p. 184). Or, ce profil du métier correspondait en grande partie aux compétences des ergothérapeutes. Il y avait là, la création d'un nouveau métier entièrement positionné sur des champs de compétences déjà investis. En rapport l'ANFE, association chargée de promouvoir et de défendre le corps professionnel des ergothérapeutes, a relevé cette situation ubuesque. Ce à quoi le ministère concerné a admis indirectement un besoin dans ce domaine mais son ignorance du fait qu'il existait déjà des professionnels spécialistes de la réadaptation et de la réinsertion qui soient capables d'assumer ces missions.

Comme je l'ai déjà évoqué plus haut, la question sous-tendue dans l'ensemble de ce mémoire est de comprendre l'impact pour le professionnel d'une activité partagée, non discriminante, sur son identité professionnelle. Nous avons vu que dans le contexte que nous regardons ici, le « prescrit » du travail, à savoir les décrets de compétences, ne permettent pas d'avoir une réponse claire à cette question. Nous avons vu pourtant à quel point cette histoire d'identité professionnelle, même si elle est confuse et difficile à matérialiser, reste prégnante dans la formation, le moment de transmission du savoir, et ce malgré les tentatives d'objectivation des contenus d'apprentissage. Nous avons vu également à quel point il est difficile pour les professionnels d'établir un dialogue permettant la connaissance des uns et des autres et ainsi rendre le positionnement de chacun plus simple. Reste maintenant à regarder cette question de l'interaction entre l'identité professionnelle et le concret d'un travail autour d'une situation de travail réelle.

4.4.1. Présentation du contexte d'observation

Afin de mieux comprendre comment concrètement pouvait s'articuler cette coordination entre deux professionnels issus de formations différentes, autour du même objet de travail, j'ai effectué plusieurs observations d'un groupe thérapeutique co-animé par un ergothérapeute, Benoit, et une infirmière, Justine, mit en place dans un hôpital de jour de secteur psychiatrique.

Ce groupe existe depuis une quinzaine d'années et a été repris au fur et à mesure, par différents thérapeutes qui y ont apporté leurs propres orientations.

Initialement le groupe était animé par deux soignantes infirmières et les productions réalisées étaient, par la suite, vendues lors de kermesses afin de récolter des fonds permettant de financer le matériel de base nécessaire à la pratique des activités.

L'ergothérapeute actuel est arrivé dans ce groupe il y a une quinzaine d'années et a manifesté sa volonté de ne plus « vendre » les productions mais que les objets réalisés restent la possession pleine et entière des patients. Il a souhaité également orienter sa pratique au sein de ce groupe pour en faire un support d'évaluation des capacités fonctionnelles des patients. Ainsi son approche vise à observer et à mettre en situation les patients du groupe autour d'activités de difficultés de réalisations croissantes et d'en tirer des éléments d'évaluations. La cohérence de la participation des patients au groupe reste de les inclure en début de leur prise en charge à l'hôpital de jour, suivi éventuellement, par d'autres sessions à distance pour évaluer la progression des patients. L'ergothérapeute est à temps partiel sur cette structure à raison d'un jour et demi par semaine.

L'autre soignant de ce groupe est une infirmière de l'hôpital de jour, travaillant à temps plein, qui Co-anime le groupe avec l'ergothérapeute depuis environ trois ans.

Ce groupe est susceptible d'accueillir entre 10 et 15 patients pour une période de 3 à 4 mois renouvelables. Cette notion de « fin » de participation à ce groupe pour les patients, reste une notion relativement récente et que les soignants actuels souhaitent généraliser.

Il a lieu une fois par semaine le vendredi matin de 10h00 à 11h30, toujours dans la même salle de l'hôpital de jour et avec les mêmes soignants.

Les patients sont introduits dans le groupe selon leurs projets médicaux, sur proposition du médecin référent du patient, des soignants ou sur demandes des patients eux-mêmes. Ainsi tous les patients accueillis à l'hôpital de jour, sont susceptibles de participer, à un moment ou à un autre de leurs prises en charge, à ce groupe.

Les activités qui y sont proposées sont des activités manuelles diverses (cuir ; collage ; bracelet brésiliens ; bois etc.), de difficultés variées en terme de capacités cognitives, manuelles, d'investissement etc.

Chaque patient a la possibilité de choisir l'activité qu'il souhaite réaliser. Ce choix est alors discuté avec les thérapeutes du groupe qui orientent le patient en fonction de ses difficultés et des objectifs de prises en charge.

Les séances commencent par un tour de table sur sollicitation généralement de l'ergothérapeute, durant lequel chaque patient s'exprime sur son état du moment, son investissement au groupe ou de l'activité, l'activité qu'il réalise en ce moment, ses difficultés éprouvées et ses perspectives dans le groupe (objectif de la séance ; prochaine activité envisagée etc.).

Une fois ce tour de table effectué, les patients vont chercher le matériel qui leur est nécessaire, se répartissent autour des tables et se mettent en activité. Suivant les activités les patients se positionnent naturellement par regroupement d'activités (ex : tous les patients faisant de la mosaïque se retrouvent à côté). Ainsi une forme de soutien et d'entre-aide mutuelle s'organise en fonction des patients maîtrisant plus que d'autres, telles ou telles activités.

Les soignants se déplacent alors auprès de chaque patient leur apportant aide ponctuelle, soutien et encouragement.

En fin de séance, sur sollicitation des soignants, les patients rangent leurs matériels. Ils déposent leur « travail en cours » dans la salle de façon à pouvoir le retrouver la semaine suivante et se repositionnent autour de la table centrale. Un autre tour de table est alors initié généralement là-aussi par l'ergothérapeute qui questionne chaque patient sur leur vécu de la séance, leurs avancées, leurs difficultés éventuelles et leurs objectifs pour la séance suivante.

4.4.2. Méthodologie

Ce groupe ayant lieu le vendredi matin, j'ai effectué plusieurs observations actives de cette situation de travail. C'est-à-dire que malgré le fait que j'avais une attention particulière à la vie du groupe, des patients, des thérapeutes, je participais activement au groupe en qualité de « aide » aux thérapeutes, c'est à dire un thérapeute non totalement novice car diplômé et expérimenté, mais non expert dans le domaine de la psychiatrie et non référent de ce groupe laissant ainsi les professionnels responsables à leurs rôles d'experts référents.

Ces différentes observations et participations, six en tout, ont permis d'une part de bien m'approprier le contexte de travail, les ajustements explicites et implicites qui s'étaient mis en place entre les thérapeutes, mais également de créer un lien suffisamment bon et rassurant, du moins autant qu'il ait pu l'être durant ce laps de temps, pour recueillir les paroles les plus sincères possibles de la part des thérapeutes.

J'ai enregistré une situation de « débriefing » au cours d'une fin de séance à laquelle avaient participé les deux thérapeutes ainsi que la stagiaire de l'ergothérapeute, et moi-même.

J'ai par la suite retranscrit totalement cette situation de « débriefing » sous la forme d'un verbatim anonyme.

La semaine suivante ce recueil, j'ai « auto-confronté », chacun des deux thérapeutes, à ce verbatim réalisé, de façon libre et individuelle, afin d'obtenir leurs impressions et surtout leurs représentations implicites. J'ai également retranscrit les propos recueillis sous la forme de verbatim.

C'est ici la présentation et l'analyse des extraits de ces verbatim recueillis que je vous propose. Ces extraits sont bien évidemment anonymisés et les prénoms des thérapeutes ont été changés pour ces mêmes raisons.

4.4.3. Éléments recueillis et synthèses.

4.4.3.1. « Débriefing » – la parole partagée

Plongeons nous, tout d'abord dans les éléments recueillis lors de ce « débriefing » auquel j'ai pu assister. Il va s'agir de s'y plonger d'une façon extérieure c'est-à-dire, uniquement à partir des éléments recueillis sans avoir dans ce premier temps, le point de vu des acteurs qui permettront d'apporter un éclairage plus précis par la suite.

Dans un premier temps, Justine et Benoit reviennent sur le cas d'une patiente à qui ils viennent de signifier l'interruption de sa participation au groupe qu'ils Co-animent¹⁶ et voici les premiers échanges qu'ils ont eu et qui m'apparaissent assez représentatifs.

Justine : *« je trouve que finalement elle a bien prise le...elle a rebondie, sur cette arrêt d'activité. »*

Benoit : *« en fait la première fois elle l'a refusé, la deuxième fois... »*

Justine : *« et puis ce bus, c'est bien parce que elle vient de (localité) quand même, et elle a commencé à venir avec le yoga, mais elle ne voulait pas, au niveau des transports... oui au départ sa maman elle était très inquiète au niveau des transports parce que elle avait....une phobie des transports, voilà. Elle a commencé à voyager, prendre le bus avec une autre patiente, pour le yoga et puis petit à petit, (l'autre patiente) était des fois absente, du coup*

¹⁶ Depuis quelques temps une réflexion a été menée par les deux thérapeutes sur la fin de prise en charge des patients dans ce groupe. Cette interruption s'entend dans un contexte du nombre toujours croissant de participation des patients au groupe, entre 15 et 17, ce qui devient problématique pour assurer un accompagnement de qualité, la présence en parallèle d'autres activités thérapeutiques qui peuvent être suivies par les patients et enfin correspondant aux objectifs initiaux du groupe qui est à visé d'évaluation et qui n'a pas pour vocation de proposer des accompagnements sur du très long terme mais bien au contraire de procéder à un turn-over des patients accueillis.

elle est venue seule, ça a commencé à se débloquer un petit peu comme ça. Après je trouve que la faire passer aussi sur l'atelier esthétique... »

Benoit : « ça peut être un support pour qu'elle réinvestisse la partie physique de sa présentation... »

Justine : « oui, d'une manière un peu douce et...un peu plus douce quoi...parce qu'elle est tellement en tension finalement tout le temps, que prendre soin d'elle au niveau corporel je trouve...je pense que ça peut faire une avancée... »

Il apparait dans cet extrait, des éléments significatifs.

C'est Justine, l'infirmière, qui amène les éléments de l'histoire de vie et du quotidien de la patiente. Elle retrace son parcours, son contexte de vie en rapportant les éléments autour de ses autres tentatives de prises en charges, de ses transports ainsi qu'en abordant ses relations avec sa mère. Elle resitue la patiente dans son contexte historique, social, affectif et thérapeutique. Cette « Re-contextualisation » de la patiente apparait systématiquement sur l'ensemble de ce « débriefing » comme étant apporté par Justine.

Mais Justine n'apporte pas qu'uniquement les éléments directement en lien avec les patients, elle apporte également les éléments propres au fonctionnement de la structure comme on peut le voir dans cet autre exemple :

Benoit : « voilà parce que le temps de...et je me disais si mercredi, mercredi on a du temps parce qu'il n'y a pas de ...tu me disais qu'il n'y avait pas de médecin... »

Justine : « (le médecin) n'est pas là ? »

Benoit : « je sais pas c'est toi qui m'a dit ça...ou j'ai mal compris... »

Justine : « c'était mercredi dernier... »

Benoit : « ah mercredi dernier, je croyais que tu m'avais dit mercredi prochain... »

Justine : « en fait je sais pas si (à propos d'un médecin). Je sais pas ce qu'il s'est passé, j'ai l'impression qu'il boycotte les réunions là, je sais pas ce qu'il s'est passé, il y a eu un truc avec le CMP, du coup la dernière fois il nous dit que la réunion...il nous tiendrait au courant...je sais pas...sinon... ».

Là encore on voit bien que l'information est véhiculée par Justine. C'est elle qui apporte éclairage sur le fonctionnement et la vie de la structure. Benoit n'intervient qu'une journée et demie par semaine dans cette structure contrairement à Justine qui y intervient à temps plein.

Ainsi, c'est elle qui a la maîtrise de l'information, non seulement de la vie de la structure, mais également sur les contextes de vie et thérapeutiques des patients accueillis.

Deuxième élément apparaissant dans l'extrait initial que je vous ai proposé, c'est une certaine cohérence de point de vue entre Justine et Benoit, au sujet du contexte global de la prise en charge de cette patiente. Ils semblent s'accorder sur la cohérence d'interrompre sa venue à ce groupe, et l'intérêt pour elle que cela peut représenter en terme de perspectives thérapeutiques. Les éléments de cohérences, d'ententes sur les principes thérapeutiques, semblent en effet se retrouver à différents moments de ce débriefing comme une constante entre les deux thérapeutes. Par exemple à un autre moment lors de la présentation d'un patient, suite à ma demande de précisions sur son contexte pathologique voilà ce qu'ils m'ont répondu :

Justine : *« oui, ça a été assez violent, sa mère disait qu'il a tout balancé par la fenêtre, il a été agressif envers sa mère plusieurs fois... »*

Benoit : *« et pas forcément dans un contexte psychotique ... »*

Justine : *« non... »*

Benoit : *« ça peut faire trouble de la personnalité... »*

Justine : *« après mardi je trouvais qu'il avait beaucoup de rires immotivés, lundi..., mais je pense qu'il avait fumé avant, donc est-ce que...tu sais dès fois...on sait pas trop, à (à propos d'un autre structure), ils nous ont pas du tout parlé de délire, de psychose, mais bon c'est peut-être à observer quoi... »*

Ce qui est particulièrement significatif ici, c'est l'unisson du discours apporté par les deux thérapeutes. On les voit compléter mutuellement leurs propos, l'un commençant une phrase puis l'autre la terminant renforçant alors cette idée de cohérence, mais également de reconnaissance mutuelle du « savoir » de l'autre. On retrouve ce même constat dans cet autre extrait :

Justine : (à propos d'une patiente) *« oui ou peut être le CATTP parce que finalement elle est moins loin, elle est autonome, le CATTP des fois il propose des choses, il y a peut-être d'autres choses à investir, parce que c'est vrai que par rapport au moment où elle est arrivée, ou elle était très dispersée, elle était en mouvement là tout le temps, après il y a eu une période dépressive et puis là bon, ça va... »*

Benoit : « *et puis les activités elles sont investies, au début elle était dans le détachement, juste dans l'exécution, elle faisait ce qu'on lui demandait de faire, alors que maintenant elle s'engage dans les activités, elle continue à rester en dehors du temps d'atelier quoi...et (un autre patient), ben je suis d'accord avec toi, déjà on tourne en rond, le bracelet brésilien c'était la caricature, il est resté 6 ou 7 séances dessus, les mêmes obstacles qui se reconduisaient à chaque séance et là il tente de refaire les cadres, on revient à un truc qu'il avait déjà fait, où il a besoin d'être guidé plus, plus, dans cette activité. »*

Justine : « *oui, puis finalement il est en vase clos, à la même chose, à la pyrogravure, il a redemandé un cheval, il en a fait je ne sais pas combien de fois... »*

Benoit : « *il évite les activités qui le mettent en difficultés de manière franche mais toutes le mettent en difficulté en fait, je pense qu'à par la reproduction du modèle... »*

Justine : « *oui, il a bien investi le sport, ce qu'il y a c'est que pareil, lui il venait 5 jours par semaine, là il vient le lundi pour le sport et puis finalement il revient le jeudi à la salle de sport et le vendredi il vient là, il mange et il repart au sport. Mais au niveau somatique il va mieux, au niveau psy il va mieux aussi. »*

Benoit : « *il commence à...ce matin tu vois il disait de, il demandait à arrêter l'infirmière à domicile, il disait que ça le saoulait qu'il y ait quelqu'un qui vienne pour le regarder voir prendre son traitement. »*

Justine : « *mais là il va bien, et quand il va bien il pense qu'il peut tout arrêter aussi, parce qu'il a dit, il a posé une question par rapport à l'hôpital de jour en disant « est-ce que on a le droit d'arrêter l'hôpital de jour ? » ce matin, il veut tout arrêter. Je lui demandais s'il avait l'intention d'arrêter ? Si c'était son désir, il m'a dit « oh non, non... ». Du coup on a parlé du programme de soin, de l'HL et tout. »*

Dans ce nouvel extrait on voit bien la cohésion qui règne entre ces deux thérapeutes dans leurs observations et dans leurs compréhensions des contextes thérapeutiques des patients. Cet accord semble à ce point prégnant qu'on peut voir ici, chacun des thérapeutes aller dans ce que l'on pourrait imaginer comme être le champ spécifique de l'autre, à savoir le contexte global et thérapeutique pour l'infirmière (on retrouve alors Benoit rapportant des éléments quant à l'infirmière à domicile pour un patient), et la place du patient dans l'activité pour l'ergothérapeute (on retrouve alors Justine rapportant son analyse autour d'un patient dans une activité pyrogravure et bracelet brésilien).

Le souci de chacun des thérapeutes de leurs champs d'expertise propres ne semble se retrouver sur l'ensemble des interventions respectives qu'en filagramme. Ainsi dans le passage suivant au sujet de deux patients ayant travaillé ce jour-là sur la restauration d'un banc extérieur en bois :

Justine : « moi (le patient) je trouvais que c'était pas mal qu'il...il était bien concentré sur son banc, et après je suis pas trop sortie, il faisait un peu froid...mais à chaque fois que je suis sortie il disait « on fait ça ! »...ça avait l'air d'être... »

Benoit : « les deux quand je suis sortie, je suis sortie quelques fois, avaient tendance à être très pressés, que ça avance vite, ils avaient tendance à pas trop travailler une zone... « Il reste des petits détails » comme ils disaient, mais ils avaient tendance à passer à l'étage au-dessus en disant « ben ça ira comme ça, comme ça fait un moment que je suis dessus je peux passer à l'étape suivante », en général quand j'y suis allé c'était pour leur dire de redescendre sur la planche principale et de continuer à travailler sur les détails...ou sinon ils restaient très longtemps sur une même surface et ils avaient tendance même à trouer, de gratter le... »

Justine : « mais (les deux patients) aussi ? »

Benoit : « (le premier patient) aussi, parce qu'il avait l'appareil qui troue le plus, (le deuxième) a tendance plus facilement à être impatient de passer, à ce que ça se termine assez rapidement.... »

Justine : « en tout cas son retour il était positif à (le premier patient)... »

Benoit : « oui, oui, oui...il a quand même besoin à ce qu'on revienne de temps en temps, qu'on jette un coup d'œil pour voir où est-ce que ça en est...qu'on donne la directive. Après il est plutôt exécutant, si on lui dit « essaye de bosser comme ça », après je pense qu'il peut arriver à le faire...même dans le rangement du matériel, il est exécutant. Si on lui dit « ben on va ranger les perceuses ! », et par contre je ne lui avais pas dit pour le fil, je rentre avec les deux perceuses, et il avait laissé le fil, je lui disais de ranger le fil et là il le fait sans problème mais il a besoin qu'on lui dise quand même. Il a besoin qu'on le guide pour faire les choses. Après son truc, c'est peut être une activité qui va bien le tenir, par rapport au dessin.... »

Dans cet extrait on voit bien que la parole de chacun est partagée quel que soit le domaine, ici la réalisation d'une activité « bois ». Pour autant on voit le positionnement de Benoit qui

semble avoir une attention et une lecture beaucoup plus focalisée que Justine quant au comportement du patient dans l'activité. Il va s'attacher à des détails, des attitudes, un déroulé de l'activité qui semble avoir un sens particulier pour lui, alors que Justine relève l'impression de satisfaction globale éprouvée par le patient.

Autre exemple dans cet extrait :

Benoit : « ... je pense que on va pouvoir lui proposer une activité challenge aussi parce qu'elle est vraiment bien inscrite dans les activités, elle, pour une raison que maintenant elle a tourné sur différents supports, qu'elle maîtrise drôlement mieux qu'au début ou elle se perdait dans l'exécution, elle réfléchit toute la semaine à garder le nœud en tête à comment elle allait faire vendredi pour... elle est bien dans l'activité. »

Justine : « elle avait un peu d'appréhension quand même parce qu'elle disait qu'elle se rappelait pas en arrivant, après elle a fini par dire que finalement elle y avait repensé dans la semaine et... »

On voit bien ici le souci différent, mais complémentaire, de chacun des acteurs. Benoit s'attache clairement autour des « capacités à faire » de cette patiente quand Justine l'aborde sous un angle plus global. De même, alors qu'aucun des acteurs n'emploie de vocabulaire vraiment trop spécifique à leurs professions respectives, pouvant laisser penser à un manque de savoir spécifique, l'expertise apparaît presque de façon fugace dans la description apportée par Benoit avec « qu'elle est vraiment bien inscrite dans les activités ». « Etre bien inscrit ou non dans une activité » apparaissant alors comme une notion qui devrait amener à une explication approfondie pour qu'une personne profane puisse en saisir les contours.

Tout comme nous pouvons voir dans la suite de cet échange,

Justine : « oui mais bon (la patiente) il faut trouver...il faut qu'elle investisse un autre atelier parce qu'elle a gym le lundi, le mercredi piscine et elle a un problème, je me demande si elle n'a pas la maladie de Verneuil, du coup on a stoppé la piscine, et donc ça lui fait un jour...si on enlève l'atelier ça lui fait un jour, donc euh... »

Benoit : « ça veut dire qu'elle continue à venir ici... »

Justine : « oui ou peut être le CATTP parce que finalement elle est moins loin, elle est autonome, le CATTP des fois il propose des choses, il y a peut-être d'autres choses à investir, parce que c'est vrais que par rapport au moment où elle est arrivait ou elle était très

dispersée, elle était en mouvement là tout le temps, après il y a eu une période dépressive et puis là bon, ça va bon... »

Ou on voit Justine se positionner dans la connaissance fine et approfondie des contextes de vie des patients apportant des éléments d'analyses et de projections, mais également se positionnant dans le champ clinique de la pathologie. Les éléments rapportés étant, là encore, des éléments qui nécessiteraient une explication plus approfondie pour des oreilles non expertes.

Ainsi, les éléments qui apparaissent à la lecture totale de ce « débriefing » sont une mise en commun des observations de chaque acteur allant sur le champ de compétence spécifique à l'autre. Amenant un discours qui de façon superficielle et extérieure, ne permet que difficilement d'identifier des rôles distincts dans l'animation concrète de ce groupe. Il y a une mutualisation des commentaires.

Pour autant si on rentre plus finement dans la lecture de ce verbatim on peut voir de façon implicite qu'apparaissent quelques nuances autour d'une connaissance plus globale, contextualisée et plus médicale des patients pour Justine, et une attention plus marquée pour Benoit dans les capacités des patients dans leurs faibles.

4.4.3.2. Le point de vue de Justine

Voyons maintenant le point de vue de chaque acteur en commençant ici par Justine.

Le premier élément qui suscite une réaction de Justine à la lecture de ce Verbatim correspond à une phrase énoncée par Benoit. Justine vient de faire la présentation de la patiente accueillie juste avant le débriefing et pour laquelle il a été évoqué avec elle, l'arrêt de sa venue au groupe. Justine nous rapporte qu'elle lui a proposé de venir au groupe esthétique. Présentation à laquelle Benoit réagit en disant « *ça peut être un support pour qu'elle réinvestisse la partie physique de sa présentation...* ».

La lecture de cette phrase fait alors sourire Justine et lui fait alors dire : « *ah oui... « Une partie difficile de sa représentation » il parle bien Benoit... (Rire)* ».

A cette seule réaction on ne peut être sûr de sa signification. S'agit-il d'une expression de la reconnaissance professionnelle pour Benoit ? D'une boutade pour détendre l'atmosphère en début d'entretien ? Des deux ? La seule chose qui peut être dite de cette réaction est que Justine, à la lecture de la phrase prononcée par Benoit, reconnaît dans la formulation, dans les termes employés, quelque chose qui semble suffisant pour la faire réagir.

Lors de cet entretien j'interpelle Justine sur le fait qu'on voit, à la lecture du verbatim, qu'elle apporte beaucoup d'éléments historiques sur les patients, leurs contextes de vie, et voilà sa réponse :

Justine : *« du coup c'est vrai qu'après il y a peut-être une phrase ça me vient comme ça quoi...j'y pense à ce moment-là, peut-être qu'il y a un mot qui va m'y faire penser, quand les patients je les vois toute la semaine donc, leurs histoires de vie je la connais un petit peu plus que Benoit. Il y a peut-être plus de proximité. Benoit il est référent de l'activité donc euh...il va rester...ça va être plus cadré moi je trouve quand même, son discours est plus cadré alors que moi je vais ramener différents...différents évènements, il y a des paroles rapportées du patients, de l'équipe, du médecin, ce qui s'est passé dans la semaine tout simplement.*

« Boycotte les réunions » donc en fait c'est pas nous, il boycotte celle du CMP mais pas la nôtre... (Rires). Oui du coup pareil, par l'intermédiaire des réunions, il aura les infos plus par moi finalement que par le reste de l'équipe. Il y a qu'avec moi là actuellement qu'il travaille sur la structure, enfin en atelier. »

Ainsi Justine nous confirme bien la répartition « implicite » perçue initialement entre elle et Benoit quant à la connaissance globale des patients et de la structure. Elle nous rapporte avoir une connaissance plus complète de la structure et un relationnel avec « plus de proximité ».

Pour autant, elle semble opposer son discours à celui de Benoit qu'elle qualifie de « plus cadré ». L'idée qui semble être sous-entendue ici n'est pas une clarté d'expression apportée par Benoit, mais une sorte d'expertise, de compétence particulière face aux éléments qu'elle rapporte qui, selon elle, sont plus globaux, plus d'ordre général. Cette impression semble se confirmer dans l'évocation suivante.

Lors du « débriefing » initial, j'avais demandé un éclairage plus précis sur le contexte pathologique d'un patient qui me posait question. Cet éclairage avait alors été apporté par Justine. A la relecture de ce passage, voilà ce que Justine nous rapporte alors.

Justine : *« Oui (le patient) pff c'est vrai que c'est assez difficile. On a décidé qu'il ferait une évaluation avec Benoit au niveau de ses compétences pour essayer de...qu'il cible un peu ses difficultés, s'il s'en rend compte, je ne sais pas, je n'ai pas trop l'impression... »*

Moi : *« que (le patient) s'en rende compte ? »*

Justine : « *oui parce qu'il demande à travailler, et donc je lui ai parlé d'un ESAT et il m'a dit non, non, moi je ne veux pas aller dans un truc où il y a des « neuneus », je veux travailler en milieu ordinaire... »*

Moi : « *ça s'est décidé comment cette demande d'évaluation ?* »

Justine : « *en réunion d'équipe (...)* »

Dans cet échange on voit se dessiner une distinction apportée par Justine entre son rôle, sa place, et celle de Benoit. Il est alors présenté comme « *réfèrent de l'activité* », garant du « *cadre* », mais aussi « *réfèrent technique* » à qui l'équipe fait appel pour avoir un avis au sujet des capacités d'un patient.

Pour autant les éléments apportés par Justine ne sont pas que globaux et dénués de sens. Par exemple dans cet extrait où je lui demande de revenir plus précisément encore sur ce patient, cette demande d'évaluation, de projet de sortie etc.

Justine : « *oui une évaluation afin que ça puisse permettre de voir ses difficultés. Après bon ce n'est pas forcément, afin là pour (le patient) j'étais pas très contente parce que il y a la maman qui prend énormément de place, qui essaye de, enfin qui gère beaucoup de chose dont le traitement, et on n'est pas forcément toujours bien entendu là. Je pensais que ça aurait été bien de mettre un pilulier en place, qu'il s'autonomise au niveau du traitement, et là le psy pense « qu'il faut laisser un rôle à la maman ». Elle en a déjà beaucoup, donc c'est vrai que du coup, une réunion tous les 15 jours, quand les choses finalement, il n'y a pas de décision qui soit prise à la fin de la réunion, c'est un peu lent quoi. »*

Dans cet extrait on voit bien que Justine ne fait pas qu'apporter sa connaissance du patient, sur son contexte familial et de prise en charge. Justine se positionne en qualité de thérapeute ayant un point de vue clair sur ce qui, à ses yeux, est la meilleure stratégie à aborder pour accompagner ce patient dans son parcours de soins en fonction de son contexte de vie.

Un peu plus tard dans l'entretien, je reviens avec Justine sur le moment où elle rapportait que Benoit était le réfèrent de l'atelier ce qui va me permettre de cerner un peu plus précisément encore sa perception sur les rôles de chacun.

Moi : « *tout à l'heure tu disais qu'il était réfèrent de l'atelier, c'est ça ?* »

Justine : « *oui, ben c'est un atelier d'ergothérapie... voilà, moi c'est vrais que quand je suis arrivée ici, « ergothérapie » je ne savais pas trop, trop ce que c'était quoi. Après, c'est peut*

être moi la place que je lui laisse aussi, enfin qu'il prend et que je lui laisse. Mais j'ai l'impression d'avoir plus un rôle de... tu vois, regarde aujourd'hui je ne suis pas arrivée à l'heure. Des trucs à faire dans le bureau, je n'étais pas présente au début, des fois je m'absente, des fois il n'y a pas d'infirmier là-haut et je fais les deux. Je vais peut-être plus faire le lien entre la structure et l'atelier que lui. Alors que lui il arrive il est là, il va arriver à 10h moins 10 et il partira à la fin. Après il est très structuré, moi je trouve, Benoit, et du coup, moi quand je fais un tour à la fin de la séance, il y a des choses que j'ai oubliées, il y a des choses, je serais moins vigilante en fait à ...pas au contenu de la séance mais à tout ce qu'un ergo finalement va demander au niveau de « est-ce que vous avez organisé votre séance ? Est-ce que vous avez terminé ? » C'est très cadré. Moi je suis moins comme ça, alors du coup je le laisse faire, il le fait très bien. Je pense qu'on est assez complémentaire là-dessus, oui. »

Comme nous l'avons déjà vu, Benoit a un rôle de référent « technique », spécifique dans son regard autour de l'analyse et de l'évaluation, référent du groupe également et garant du cadre de ce dernier. En complément, Justine se voit plus sur des tâches multiples relevant de la vie dans la structure.

L'ensemble de ces éléments semblent renforcer une distinction des rôles de chacun qui apparaît de façon presque implicite. Mais est-ce vraiment dû à des positionnements professionnels ? En effet, elle semble évoquer un partage non par rapport aux compétences et aux rôles spécifiques de chacun mais à un partage en lien avec les personnalités, les pratiques de chacun, « C'est très cadré. Moi je suis moins comme ça, alors du coup je le laisse faire, il le fait très bien. Je pense qu'on est assez complémentaire là-dessus oui ». Il est évoqué ici le fait que Benoit assume ce rôle, certes au regard de ses attributions professionnelles, mais aussi au regard d'un équilibre implicite du binôme qui s'est mis en place naturellement entre eux (« Après, c'est peut-être moi la place que je lui laisse aussi, enfin qu'il prend et que je lui laisse »), ainsi qu'au regard des appétences personnelles (« C'est très cadré. Moi je suis moins comme ça, alors du coup je le laisse faire, il le fait très bien (...) »). Ces éléments semblent évoquer que cette répartition n'est pas figée. Elle aurait pu s'organiser différemment si les acteurs avaient été différents, si leurs envies n'étaient pas celles qu'elles sont. La reconnaissance du rôle et des savoirs professionnels n'est pas vraiment évoquée ici.

Continuons cet échange,

Moi : « t'apportes quand même beaucoup d'éléments d'analyse, d'observation quoi... »

Justine : « c'est peut-être plus le rôle de l'infirmier du coup, je ne sais pas. Je serais peut-être même plus dans la notion de plaisir pour le patient. Plutôt que le mettre voilà, une évaluation ou le patient va se rendre compte, va pouvoir se rendre compte, s'autoévaluer au cours de l'atelier. Je crois que c'est plus le rôle de Benoit, même si je le reprends, parce que je crois que les écoles aussi d'où on vient sont, on a une méthode de travailler par rapport à ce qu'on a appris et... J'ai eu une formation à (un autre hôpital), donc très très psy, mais ...je ne sais pas, je trouve que les infirmiers sont de plus en plus dans quelque chose d'évaluation, de thérapie cognitive et comportementale quoi. Ils évaluent, ils vont poser les choses, il y a beaucoup plus de support et ...moi je suis ouverte à tout...je m'enferme dans rien...mais je pense que tout ce qui est en rapport avec la semaine du patient (s'il n'a pas dormi, s'il y a eu un changement de traitement) ça c'est des éléments qui peuvent aussi amener des informations par rapport à la séance, et voilà, pas forcément se dire, le patient...savoir que tout est multifactoriel quoi. Moi ce qui me gêne dans les prises en charge, mais aussi dans les stats qu'ils font, tu sais les études, les enquêtes, ils vont dire on prend tel patient, on leur a donné ça et on a trouvé ça comme résultat. Et c'est des choses je trouve ça assez limité, d'une manière générale je trouve que ça limite en fait. (...) l'infirmier il va être un petit peu entre le social, l'ergo, le médecin, le psycho et puis il va prendre tous les éléments pour les amener et essayer d'être le plus juste possible. Mais dans tout ça des fois c'est vrai qu'on se perd. Parce que il y a tellement de choses des fois, tellement d'éléments après les certitudes...on est dans le doute quoi, plein de ...on doute donc je pense que c'est bien de douter mais à des moments des fois on...pfff... »

Moi : « toi en tant qu'infirmière ? »

Justine : « oui moi en temps qu'infirmière, mais en fait c'est moi, c'est plus de moi que je parle...c'est de rien vouloir oublier finalement des fois on sait plus...en fin je sais plus...et du coup ben je cherche...mais d'autres personnes avec qui je travaille aussi et c'est vrai que j'aime bien travailler comme ça, et pas forcément être sûre de quelque chose surtout quand ça concerne une personne quoi. Ça permet aussi de ne pas enfermer la personne dans une case ou quelque chose comme ça. Mais bon je crois que c'est ma réflexion après...mais peut-être que je m'écarte du sujet...donc (recommence à lire à voix basse). »

L'impression précédente laissée se confirme à mon sens. Les représentations implicites rapportées par Justine naviguent entre une distinction des rôles de chacun tantôt du fait de compétences professionnelles, tantôt du fait des traits de personnalités propres à elle et à Benoit. En effet le discours navigue entre une reconnaissance du rôle attribué spécifique (« ...Plutôt que le mettre voilà, une évaluation (...) Je crois que c'est plus le rôle de Benoit... »). Mais rôle qui pour autant n'est pas inaccessible aux infirmiers (« ... je ne sais pas je trouve que les infirmiers sont de plus en plus dans quelque chose d'évaluation (...) moi je suis ouverte à tout... ») Et qui en l'occurrence relève plus de l'attitude personnelle de Justine (« mais je pense que tout ce qui est en rapport avec la semaine du patient (...) ça devient très compliqué... » ; Et « Oui moi en temps qu'infirmière, mais en fait c'est moi, c'est plus de moi que je parle(...) ») qu'elle met clairement en perspective avec une formation initiale, peut-être une certaine approche ou philosophie de pratique transmise alors (« parce que je crois que les écoles aussi d'où on vient sont, on a une méthode de travailler par rapport à ce qu'on a appris (...) »).

Ces éléments qui apparaissent, à la fois une certaine reconnaissance de spécificité en terme de pratique (« l'évaluation »), mais qu'on pourrait comprendre plus en lien avec des appétences personnelles, et non en terme de spécificités professionnelles (puisque pouvant être partagées), se confirment dans la suite de l'échange.

Justine : « Par exemple là moi je l'ai trouvé concentré sur son banc (parlant du patient) par contre au niveau de la technique je ne suis pas capable de savoir si c'était bien ou pas ce qu'il a fait... (Rire) »

Moi : « de la technique c'est-à-dire ? »

Justine : « de la technique par rapport au résultat ce qu'il a fait de son travail sur le banc. Voilà j'ai pu remarquer que juste finalement que par rapport au coloriage comme aujourd'hui ou ça a été très difficile de rester sur une feuille, là quand je sortais il avait le sourire, et il était plus actif et il est resté quasiment toute la séance et après au niveau du savoir-faire à priori moi je n'ai pas su évaluer quoi. »

Moi : « ça c'est une tâche qui incombe à benoit plus ? »

Justine : « oui, sur certaines choses ou je sais pas trop. »

Moi : « c'est-à-dire ? »

Justine : « *c'est-à-dire que je peux par exemple sur un bracelet brésilien, ou sur des activités ou support ou je suis à l'aise, je peux m'en rendre compte, mais là, le bois euh...non. »*

Moi : « *c'est pas que tu sois pas ergo c'est le fait que tu connaisse ou pas l'activité ? »*

Justine : « *oui »*

Moi : « *et là il se trouve que lui connaît l'activité ... »*

Justine : « *oui ce n'est pas par rapport à nos professions... oui donc là il réajuste (lisant à haute voix les commentaires de Benoit sur le banc).... (Et continue de lire à voix basse)...En même temps ils ne m'ont pas demandé les deux patients aussi... »*

Moi : « *on voit que vous partagez vraiment vos observations, là sur les patients, l'activité... »*

Justine : « *oui, chacun on s'exprime vraiment sur ben sur nos observations, sur le ressenti des fois qui...en disant bien que c'est un ressenti et pas forcément quelque chose de...qui est comme ça, et voilà...on est assez...on va je pense d'une manière, enfin on va vraiment dans le même sens, mais des fois on peut avoir aussi des visions différentes d'une séance ou...on la partage...et du coup finalement je pense qu'en amenant chacun notre pratique finalement ça fait une pratique commune même si on est deux personnes différentes, on a une pratique commune parce qu'on est toujours en train de finalement de prendre ce qui nous intéresse chez l'autre quoi, ce qui nous...une réflexion, quelque chose de ...donc du coup on....ben ça se mélange un peu je pense... »*

Dans cet extrait il semblerait que pour Justine la distinction n'est pas sur l'observation ou l'analyse d'un patient en activité, ni même sur la connaissance d'une activité qui relève plus des expériences ou aptitudes personnelles (et non professionnelles). S'il s'était agi d'une activité qu'elle connaissait, elle semble évoquer qu'elle aurait pu être en mesure d'apporter son éclairage et son analyse en tant qu'infirmière, même si elle aurait laissé la technicité de l'analyse à d'autres puisqu'elle n'a pas de velléité particulière pour cette approche. Justine rajoute même que la singularité de son binôme avec Benoit se nourrit des distinctions personnelles, mais aussi d'un enrichissement mutuel amenant une communion de pratiques non distinctives. Cette idée sera renforcée par la suite par Justine qui rapportera que pour « préparer » cet entretien elle avait effectué des recherches internet sur « le rôle infirmier », sur « l'ergothérapie » et qu'elle en avait retenu que malgré le fait que l'ergothérapeute soit un « *thérapeute qui est dans la rééducation* » et que l'infirmier « *il était, il allait...c'est le contraire de la rééducation parce qu'il allait donner un petit peu la béquille à quelqu'un qui*

en avait besoin, il allait donc pallier, non pas pallier, compenser, plutôt dans la compensation, plutôt soutenir et finalement pas dans l'autonomisation, enfin dans ce qui est écrit il n'autonomise pas l'infirmier. », elle s'apercevait que cette distinction n'était pas aussi présente « Et je trouve que l'infirmier actuellement est beaucoup plus, l'approche des infirmiers, en tout cas en psy, ça va être beaucoup plus dans l'autonomisation parce que l'hôpital ferme des lits de plus en plus, avant tous les patients qui étaient malades ils avaient une place à l'hôpital ce qu'il n'y a plus, donc maintenant on change notre politique de soins. Donc on se rapproche finalement de l'ergothérapeute, on s'en rapproche largement, de plus en plus de manière d'éduquer, de rééduquer. ». Cet amalgame des rôles apparaîtra également dans un épisode de sa formation d'infirmière qu'elle rapportera ou, visitant un atelier d'ergothérapie dans une Unité pour Malades Difficiles, elle s'est aperçue au regard de mes questions qu'elle ne savait pas si elle avait vu des ergothérapeutes ou des infirmiers.

Moi : « à (l'hôpital) t'avais pas vu d'ergo ? »

Justine : « non. Des infirmiers...ah si, j'y suis allée mais pas fait de stage à l'UMD. Il y a un grand atelier d'ergothérapie mais je n'ai pas le souvenir...j'avais rencontré quelques patients à cet atelier, mais je n'ai pas le souvenir d'ergothérapeute...c'était assez grand. Il y avait des patients avec des soins...je me rappelle plus avoir discuté avec les patients finalement qu'avec les thérapeutes... »

Moi : « mais il y en avait des thérapeutes ? »

Justine : « oui je pense. Oui il y avait une présence mais je ne sais pas si c'était des infirmiers ou des ergothérapeutes, il devait y avoir les deux je pense...»

A la lecture de cette auto-confrontation sur ce « débriefing » de Justine, apparaît que la confusion dans leurs rôles respectifs, au sien et à celui de Benoit, semble être possible dans ce groupe. Mais pour quelle raison ? Certes une distinction entre elle et Benoit apparaît. De par son imprégnation dans la structure elle a une connaissance plus étayée des patients, de leurs parcours de soins, de la vie institutionnelle et qu'effectivement Benoit apporte un « cadre » plus structuré au groupe et une attention particulière autour de l'évaluation. Mais ces éléments sont à nuancer du fait qu'il s'agisse également d'un rôle qu'elle lui laisse aisément puisqu'il reste très éloigné de sa pratique.

Pour autant, cette possible confusion qui est faite sur les rôles, ou les possibilités de rôles de chacun, est contre balancée en fin d'entretien par un passage dans lequel Justine rapporte un dernier constat en signe de conclusion,

Justine : « *Oui Benoit il va être plus ciblé finalement sur l'activité, moi je vais amener beaucoup de chose extérieure et je ne me rappellerais pas forcément qu'elle était dans le détachement au niveau de l'atelier, juste dans l'exécution. Ça c'est des...le vocabulaire il est différent aussi... »*

Moi : « *il y a d'autres exemples ? »*

Justine : « *ben c'est plus de l'ordre de la cognition je trouve, généralement après attends...exécution ça fait pas du tout partie de mon vocabulaire en fait. Je crois que je le dis jamais ce mot. Et maintenant que je les vois, Benoit il l'utilise beaucoup, beaucoup. Il est beaucoup plus, ce n'est pas pour comparer, mais il est plus fin que moi dans ces observations là au niveau de...de faire quoi...finalement on a des approches un peu différentes et on arrive généralement aux mêmes conclusions ... (Rire) »*

Apparaît ici le constat de Justine quant à l'expertise de Benoit au sujet de l'activité et de son analyse des patients en activité. Elle évoque ici une finesse d'analyse et un vocabulaire qui ne lui appartient pas. Elle rapporte ainsi, que même si la répartition des rôles dans ce groupe semblait relever plus de déterminants personnels que de la spécificité professionnelle, Benoit, cette fois, de par sa compétence et sa spécificité d'ergothérapeute, présente une analyse propre à sa fonction. Et constate finalement que ces observations spécifiques semblent découler sur des conclusions, une compréhension du patient, qui sont alors souvent partagées.

4.4.3.3. Le point de vue de Benoit

Essayons cette fois de cerner le point de vue de Benoit, comment il voit son rôle et la répartition des compétences dans ce groupe Co-animé.

Dans le premier temps de l'échange que j'ai pu avoir avec Benoit, je lui soumettais une petite présentation du contexte du groupe observé (son histoire, son contexte de réalisation, les acteurs, le contenu). Je voulais ainsi m'assurer d'avoir bien cerné le contenu de ce groupe et avoir sa perception. Voici quel fut son retour,

Benoit : « *oui, ici peut être le seul truc qui pourrait manquer c'est les indications, à qui c'est destiné, je sens que là on n'en a pas parlé...je sais pas si c'est important, parce qu'en fait l'intérêt de pouvoir évaluer par le biais d'activités artisanales les capacités des patients, c'est parce qu'on a des patients schizophrènes et que leurs capacités de réalisations sont compromises par la pathologie du fait des symptômes négatifs de la schizophrénie, donc du fait de l'apragmatisme, ça veut dire les difficultés à mettre en œuvre autant dans l'initiation*

que dans la réalisation, de l'anhédonie, le fait que la personne soit...ait du mal à positionner la volonté et à trouver le sens de réaliser quelque chose. Donc en fait les patients qui ont beaucoup d'anhédonie en général ils vont avoir envie de rien faire, donc là l'enjeu c'est de remettre en route la mécanique qui va permettre de redonner du sens à l'action et l'avolition ce qui...l'absence de volonté dans la réalisation, c'est-à-dire que le patient va avoir du mal à faire son choix en disant « ben voilà là je suis dans un temps où il va me falloir organiser quelque chose ». On peut transposer à la vie quotidienne le moment où le patient se retrouve à organiser ses occupations dans le cadre de ses habitudes de vie et puis là on a... le sens de l'atelier est de proposer comme un laboratoire dans le cadre où on va un peu explorer les choses, qu'est-ce qui se passe quand la personne est dans une situation à devoir donner du sens à du temps par de l'occupation et comment ça se met en route, c'est là où est l'évaluation de cet atelier. »

Dès cette première intervention, Benoit pose une notion d'expertise et de technicité évidente. Il apporte une notion très spécifique d'indication démarquant ainsi ce groupe d'une simple activité occupationnelle ou de loisir et apporte des éléments d'indications (avolition ; anhédonie ; apragmatisme) en lien avec des capacités fonctionnelles des patients et à leurs pathologies. Benoit amène ici une démarche et une utilisation de ce groupe spécifique en lien avec une expertise qui n'apparaît ni à la simple observation du groupe ni dans le retour du débriefing final.

Suite à ce complément d'information j'ai demandé à Benoit ce qui, à son sens, faisait la pertinence de ce groupe par rapport à la notion d'évaluation, et voici sa réponse,

Benoit : « (...) c'est le sens de l'activité il est quand même rattaché au...comme on évalue les capacités, aux incapacités de la population qu'on vise à avoir en soins, du coup c'est vrai que c'est la création de l'atelier c'est fait dans l'autre sens, c'est-à-dire quand moi je suis arrivé à l'hôpital de jour j'ai d'abord regardé la population qu'il y avait à l'hôpital de jour, les incapacités les plus fortes perceptibles, ce qui était déjà travaillé par mes collègues dans les différents ateliers et je me suis posé la question qu'est-ce qu'il manque dans l'observation et l'accompagnement qu'on fait du patient, et en général, souvent ça se fait comme ça, de par mon positionnement d'ergo, j'ai apporté le moyen qui était pas, à mon sens, valorisé dans l'hôpital de jour. »

Cette fois Benoit apporte deux idées dans cette phrase. D'une part on voit bien ici la place spécifique, sa compréhension et l'utilisation de l'activité comme outil spécifique d'évaluation

pour les patients. Mais il évoque également la genèse de ce groupe en lien avec son positionnement au sein de la structure. Cette remarque interrogeant alors sur le fait que le choix de ce groupe, et des activités proposées, ne l'ont pas été du fait de leurs intérêts thérapeutiques ou de support d'observations, mais par défaut, en complément de l'existant, presque de façon concédée par l'équipe existante qui avait déjà mis en place des activités.

Par cette remarque Benoit semble alors mettre le contexte de ce groupe en rapport d'équivalence avec les autres activités proposées et avoir pris le pari de la différence (faire ce que les autres ne font pas) pour trouver sa place. Et cette différence devant se faire non sur le « quoi » (contexte d'évaluation) mais sur le « comment » (quelles activités). Nous voyons bien ici une sorte de « balancement » en creux entre une expertise, du fait d'une spécificité de pratique claire, et une peur de confusion possible avec d'autres activités le poussant à poser la distinction sur l'activité.

Voyons par après ce qu'il nous dit à la lecture de la suite du verbatim correspondant cette fois, au débriefing,

Moi : *« là sur l'histoire du médecin qui devait être là, pas là. C'est Justine qui t'apporte l'info, elle est à temps plein là-bas ? »*

Benoit : *« oui ben c'est bien représenté, en général elle fait le fil conducteur et puis ce qui se passe, le contexte, les informations que moi je n'ai pas, elle va amener ce qui se passe dans la semaine, ce qui se passe pour elle, les infos satellites que je n'ai pas forcément. Et moi le fait d'être présent que le vendredi matin, c'est souvent local et sur le temps-là présent, souvent un peu plus ciblé sur les capacités du moment... »*

Benoit confirme ainsi une répartition des rôles implicites entre lui et Justine du fait des temps de présence respectifs dans la structure. Cette répartition « implicite » se confirmant dans cet autre extrait. Cette fois Benoit venait de me dire que la réflexion avec Justine sur la fin de la participation des patients dans les groupes, était sous-jacente depuis plusieurs mois et qu'elle était en train de prendre forme, mais que dans les discussions initiales ils n'avaient pas forcément eu les mêmes arguments, ainsi j'ai essayé de le relancer sur ces éléments,

Moi : *« vous disiez que vous réfléchissiez sur les fins de groupes sans forcément avoir les mêmes arguments, la même vision c'est ça ? »*

Benoit : *« ben en fait ça se complète moi je trouve, parce que Justine va amener les informations qui vont être satellites, comment ça se passe pour la demoiselle en question, de*

vendredi dernier, comment ça se passe avec la maman, comment ça se passe dans les ateliers, en dehors de ce qu'on peut observer dans le cas de l'atelier, puis au niveau de l'évolution de ses capacités et même du fait que pour elle il y a encore des choses à travailler pour elle. Est-ce qu'à côté il y a un climat suffisamment stable pour qu'on puisse envisager l'arrêt ? Et ça c'est vrai que Justine va amener les informations pour dire, ben voilà à côté ça se passe relativement bien. »

Les éléments rapportés ici, même s'ils ne permettent pas de comprendre finement les différences de point de vue quant à la discussion des interruptions de prises en charge des patients dans le groupe, mettent effectivement bien en avant un positionnement particulier de Justine du fait de sa maîtrise de l'information institutionnelle.

Toujours dans cette même idée d'évaluation des patients apportée par Benoit, je lui demande de me préciser la forme concrète que prennent ces évaluations,

Benoit : « oui, ben là pour les sorties ça va se faire comme ça, alors souvent c'est par le biais d'une synthèse, et la synthèse reprend l'aspect cognitif, dans le cas où il y a eu une évaluation cognitive, ce qui est le cas pour la demoiselle dont on, parle, elle est peut-être pas récente, mais il y a une synthèse qui reprend l'aspect cognitif, exécutif, comportemental, les mises en situations durant l'atelier. »

Moi : « là c'est une vision de sa participation au groupe, de son évolution. »

Benoit : « les perspectives qui restent, les pistes de travail. »

Moi : « vous le faite à deux avec Justine ? »

Benoit : « ça en général c'est une partie que je vais faire de mon côté, ça va être ma partie plus analyse des situations d'activités que je vais faire, on ne va pas la faire à deux. »

Moi : « Justine en fait une de son côté ? »

Benoit : « alors euh...je pense qu'elle le fait, je ne sais pas...je pense qu'elle le fait sous forme de transmission dans le dossier du patient pour marquer l'activité sachant que...ça serait à vérifier c'est quelque chose dont on n'a pas forcément parlé... »

Cette fois, Benoit apporte clairement une distinction dans le « faire » entre lui et Justine. Distinction non du fait d'une connaissance de la structure en lien avec une quotité de travail, ni en lien avec des distinctions de personnalité (comme lorsque Justine concède à Benoit la tenue du cadre du groupe ne s'agissant pas là d'un penchant naturel pour elle dans la structuration comme elle nous le rapportait). Il s'agit là, du point de vue de Benoit du moins,

d'une distinction de fond sur son expertise, « *ça en général c'est une partie que je vais faire de mon côté, ça va être ma partie plus analyse des situations d'activités que je vais faire, on ne va pas la faire à deux.* ». Il distingue clairement ici cette partie analyse et synthèse, comme relevant de sa partie, de sa compétence. Et il semble évident pour lui qu'il ne peut s'agir d'un moment partagé, que son analyse reste totalement détachée de celle que pourrait éventuellement faire Justine. Il s'agit ici de « son » domaine.

Continuons la lecture de ce verbatim,

Benoit : « (...) après, là moi je remarque que je pense à adapter les termes en fonction des personnes que j'ai comme interlocuteur, si j'avais parlé à mon étudiante on aurait plus parlé de problème d'inhibition, là je vois qu'il avait tendance à trouver le bois, pour moi c'est un problème d'inhibition, donc avec l'étudiante ou avec les collègues ergo, j'aurai utilisé le terme d'inhibition, d'incapacité de la personne à réprimer une action... »

Moi : « oui, ton vocabulaire il est, pour que ce soit compris de tous... »

Benoit : « oui c'est en mode standard. C'est de la description de comportement. »

Moi : « mais parce que tu penses que Justine aurait pas été en mesure de comprendre le terme d'inhibition ? »

Benoit : « je pense qu'à force, ça fait un moment qu'on bosse ensemble, il y aurait pas de soucis, mais je pense que c'est plus simple que, (...) c'est de l'observation donc c'est quelque chose d'un peu plus global du coup voilà... »

Dans ce passage, Benoit apporte un élément intéressant quant aux transmissions faites lors du débriefing observé. Il parle de mise en commun des observations avec Justine. Il qualifie ces observations de « globales » et pas spécialement adressées, ni analysées, c'est-à-dire mises en lien avec des incapacités sur le plan cognitif ou comportemental. Benoit précise même que ce temps d'échange est sur « un mode standard », sous-entendu compréhensible de tous. Il précise que s'il avait dû faire cette même retransmission des informations à des pairs, il aurait alors employé un vocabulaire plus spécifique et présenté une analyse plus axée sur les incapacités observées et non simplement sur les comportements. Dans cette remarque on peut entendre en creux que dans ces propos rapportés il n'y a rien, ou presque, de réellement spécifique à sa profession, choisissant sciemment comme stratégie de communication, de se positionner sur un axe de transmission transversal compréhensible et partageable.

Cet élément est plus que prégnant dans cet extrait :

Moi : « ces observations elles sont partagées, du coup, vous les partagez à la fin de façon un peu commune, transverses... »

Benoit : « oui, parce que là on n'est pas trop de deux pour observer, on loupe pas mal de choses, du coup c'est important qu'il y ai, là on voit bien le fait on a deux métiers dans lequel l'observation est valorisée, deux métiers dans lesquels on a des critères pour observer le fonctionnement de l'autre, on a besoin de ça pour arriver à...chacun, arrivé à rassembler nos deux observations, qu'est-ce que t'as vu ? Qu'est-ce que t'as loupé ? « Moi j'ai vu ça à certain moment... »

Moi : « vous n'observez pas les mêmes choses ? »

Benoit : « on ne peut pas tout observer si on a 12 ou 13 patients on ne peut pas tout observer tout le temps, on va travailler avec certains patients à certain moment, moi avec un autre pendant un autre moment et on va rassembler. »

Moi : « mais c'est le fait qu'ils soient nombreux... parce que sur le même patient, le même truc, tu dis que vous avez deux métiers deux formations qui sont habitués à observer. »

Benoit : « on va observer là ce qu'on renvoie c'est essentiellement du comportement, dans la situation comment la personne elle a réagi dans la situation donnée. Après moi souvent je le décode en me posant la question « mais qu'est-ce que ça implique par rapport, quelle capacité ou incapacité en question ? Qu'est-ce que ça implique ? Est-ce que je retrouve ça déjà dans les différentes observations que j'ai faites du patient ? ». Voilà je mature d'une autre manière pour essayer de retrouver mon lien avec le domaine des capacités, des incapacités. »

Moi : « donc l'analyse, l'interprétation du comportemental observé, qui transpire au travers de ta synthèse... »

Benoit : « voilà, oui...ben je pense que, voilà en ergo, je sais pas si on est hors sujet ou pas, mais je pense qu'entre un ergo qui fait un bilan cognitif et un neuropsychologue qui fait un bilan cognitif, il va y avoir la même chose, c'est-à-dire qu'on utilise un support commun, par contre l'analyse et les objectifs qu'on va avoir seront différents, le neuropsychologue va essayer de trouver, de déterminer une adresse souvent anatomique qui va expliquer le déficit cognitif. L'ergo va plus se centrer sur l'expression de cette déficience cognitive dans la mise en situation d'activité, on a deux manières différentes et un support commun. »

Moi : « tu trouves que ça transpire là cette...à un moment tu l'as relevé ? »

Benoit : *« ben là ce que je me rends compte en fait c'est surtout les termes que j'utilise qui sont, tu vois à chaque fois que je lis, j'analyse ce qui se passe, qui se voit pas forcément là, ou là on est plus de la description comportementale »*

Moi : *« vous êtes dans la mise en commun comportementale. »*

Benoit : *« voilà, et d'une situation à un moment donné. Et là effectivement je pense que c'est le reflet de ce qui se passe en général, mais par contre il me manque l'analyse ergo là. »*

Ici Benoit nous donne son explication du décalage entre le retour d'observations partagées qui sont « en mode standard », et son travail d'analyse et d'interprétation plus spécifique à sa profession, qu'il doit effectuer dans un second temps. Ainsi ce temps de partage, de mise en commun d'observations, semble être un préalable ou aucun n'a de prérogative en la matière. Benoit rapporte que Justine, de par sa formation d'infirmière, possède un savoir-faire dans l'observation qu'il reconnaît comme expert. Ainsi pour lui, la distinction des expertises de chacun ne se situe pas dans l'observation par elle-même, mais dans le traitement de ces observations. Or, comme il le rapporte ici, ce traitement, cette analyse, n'apparaît pas dans les échanges et ainsi la distinction ne peut se faire, la seule chose étant laissée à voir correspondant à un champ partagé et transversal (l'observation du comportement). Il finira ainsi cet échange en disant *« Et là effectivement je pense que c'est le reflet de ce qui se passe en général, mais par contre il me manque l'analyse ergo là. »*

Lors de l'échange j'ai ainsi rebondi sur cette dernière phrase,

Moi : *« ça te gêne que ça n'y soit pas ? »*

Benoit : *« non, non mais ça me saute aux yeux du coup le fait de le lire là...non on s'en rend pas forcément compte car je pense que le lien entre les supports sur les capacités et la façon d'intégrer les capacités et les manières de présenter plus simple, ça se fait tout le temps en parallèle quoi. (...) »*

Ici Benoit nous confirme bien ce décalage déjà évoqué entre les éléments rapportés et échangés dans ces moments de « débriefing » et leurs utilisations dans une analyse plus fine pour lui. Mais il nous rapporte également le décalage perçu entre ce qu'il lit et ainsi ce que cela lui évoque, et visiblement, sa perception antérieure qui peut être n'avait pas conscience de ce même décalage.

Par la suite, en revenant sur cet échange d'observations partagées, Benoit va évoquer une expérience précédente amenant un élément nouveau,

Benoit : « on est en phase...mais bon, ça fait aussi un moment qu'on travaille ensemble, et puis c'est vrai que Justine a une analyse très souple, c'est pas quelqu'un de... mais là ça tient à la personne, c'est pas quelqu'un de fermé. Quand elle amène une observation, c'est la sienne, elle peut entendre qu'on puisse avoir regardé autre chose, sans forcément que ça remette en question son observation mais ça va la compléter, c'est important qu'on puisse justement mettre en commun. Il y a d'autre situation où j'ai eu, (ce n'est pas la première personne avec qui je Co-anime des ateliers), avec qui c'était beaucoup plus fermé parce que il y avait, « mon opinion, c'est ce que j'ai observé, c'est ça la vérité ! », et puis après ça part, « à non je ne suis pas d'accord avec toi, c'est ça, parce que ça ! » et puis on argumente, et du coup on sort du sujet quoi... »

Moi : « c'est pesant de ne pas être d'accord ? »

Benoit : « ben en fait si c'est de...ce qui est plus pesant c'est de défendre son opinion, de vouloir convaincre l'autre que son opinion est bonne, et pas d'être dans, « je dépose ce que j'ai observé ». En fait on n'a pas besoin de convaincre, et puis avec Justine, on a juste, juste on échange, on met en commun nos observations. C'est important parce que du coup ça donne du sens à notre présence aussi dans l'atelier parce que, on dit « ben voilà j'ai observé des choses » ça donne, ça valorise notre participation à l'atelier. Effectivement souvent on se complète, on est d'accord parce qu'on a une observation un peu identique des situations. »

Cette fois, Benoit rapporte que dans une situation précédente, du fait de la personnalité du thérapeute différente, ce temps de mise en commun, de partage d'observation, était problématique car il entraînait une situation de conflit ou il s'agissait non de partage, mais de confrontation demandant argumentation et justification. On peut relever ainsi un certain paradoxe entre ce temps de partage d'observation qui était présenté comme un moment partagé du fait de compétences partagées et n'appartenant spécifiquement à aucun des thérapeutes, chacun étant ainsi légitime dans ce moment, et cette autre expérience ou visiblement, même à travers ce moment, se jouait une situation où la reconnaissance de l'autre dans sa compétence était sous-entendue.

Par la suite j'ai interrogé Benoit sur leurs positionnements institutionnels quant à ce groupe et notamment sur la présence systématique ou non de Justine dans ce groupe, et voici sa réponse,

Benoit : « oui elle n'est pas remplacée...il y a Juliette qui intervient par moment aussi. Juliette qui est une nouvelle infirmière arrivée. Du coup à son arrivée elle est allée un petit peu sur les ateliers et c'est vrai qu'elle est de secrétariat, d'administratif comme ils disent le

vendredi matin, et quand il y a pas Justine, elle est déjà venue. Et pareil elle a une culture de l'activité qui fait qu'elle ne va pas s'arrêter juste à la mise en action de la personne. Elle va aussi...chercher derrière la situation d'activité qu'est-ce qu'on va pouvoir, qu'elle analyse on va pouvoir en faire ? Et je trouve ça super confortable de travailler avec elles... »

Lui reste référent permanent du groupe alors que Justine peut être remplacée par Juliette. Cet état positionnant ainsi Benoit comme référent institutionnel du groupe puisque systématique.

Dans ce dernier extrait, Benoit exprime son contentement de travailler avec Justine ou Juliette du fait de la simplicité des rapports entre eux, de la facilité à travailler ensemble. Il exprime cet état presque avec surprise ce que je lui renvoie alors,

Moi : « ça a l'air de t'étonner ? »

Benoit : « ce n'est pas tous les infirmiers qui sont comme ça. Je pense pas que ce soit dans leurs...l'activité même si ils ont dans leurs compétences l'activité qui est valorisée, ils n'ont pas d'analyse d'activité qui leurs est proposée. Ils ne font pas d'analyse d'activité qui est...je pense que c'est parce que ces personnes-là ont été interpellées, elles sont suffisamment souples et à l'écoute aussi, du coup elles vont aller, elles sont interpellées par le regard de l'autre et elles en profitent aussi un peu comme...je pense que ça tiens plus à la personnalité qu'à la formation. Pour avoir travaillé avec d'autres infirmiers... »

Moi : « et à contrario les ergo ont cette culture du regard de l'activité ? »

Benoit : « ben les ergo c'est leur ingrédient de travail donc ils ont de l'analyse d'activité, ils ont la culture d'aller regarder au-delà de la situation de l'activité comment on va...qu'est-ce que cette activité met en jeu, quelle est la déficience de la personne, quel est l'impact sur la situation d'activité, de tout transposer à d'autres situations du quotidien... »

Il renforce ainsi non seulement la démarche spécifique liée à sa profession dans l'appréhension de l'activité par rapport à une démarche infirmière plus globale, mais également une forte reconnaissance dans les compétences d'observations de Justine et Juliette. Il appuiera même que plus cet avis en me disant par la suite « je l'ai déjà dit à Justine, elle aurait fait une bonne ergo... (Rire) ».

Par la suite il rapportera une expérience de Co-thérapie précédente peut satisfaisante pour étayer ses propres représentations quant à l'utilisation de l'activité pour les infirmiers.

Benoit : « c'est vrais que mes collègues font souvent des activités en rapport avec leurs domaines, avec les choses qu'ils investissent déjà à l'extérieur... »

Moi : « *tes collègues c'est-à-dire ?* »

Benoit : « *mes collègues infirmiers à l'hôpital de jour, par exemple ils font de l'escalade parce qu'ils font escalade à l'extérieur. Une fait la cuisine parce que son père était cuisinier et donc elle a une culture de la cuisine impressionnante etc.* »

Benoit : « *(...) par exemple à un patient, une anecdote, un patient je lui ai appris à casser des œufs. On a utilisé 12 œufs pour faire ça. Ma collègue elle était outrée à côté, ça n'avait pas de sens, c'était du gaspillage, et moi j'étais sur une démarche d'apprentissage. On était vraiment sur deux... Elle était sur un mode je fais la cuisine à la maison, et il faut que je fasse attention à pas gaspiller. Donc à la limite elle aurait cassé l'œuf à la place si ça pouvait, en disant « ben ce n'est pas grave il n'arrive pas à faire, je vais faire ». Et moi j'étais dans la démarche, je voulais savoir au bout de combien d'œufs le patient allait arriver à avoir une proprioception qui lui permettait d'évaluer la pression et voilà... pour moi ça...on appelle ça un peu plus la thérapie, c'est-à-dire on est dans, on essaie d'avoir quelque chose le plus normal possible, on essaie de se rapprocher de quelque chose de plus normatif possible, on va faire du sport donc on va faire des tours, et on va calculer le nombre de tours, donc on va travailler notre endurance, notre forme physique, et puis on va faire un weekend, on va partir préparer une course, un marathon, et puis on va calculer le temps qu'on va mettre même si ça se passe avec des personnes schizophrènes etc., on projette quand même l'idée de la normalité la dessus, sans forcément se poser la question de voilà, les capacités qui sont travaillées là dedans, de les transposer au quotidien, qu'est-ce que ça apporte par rapport à la situation du quotidien le projet de vie de la personne, on est très loin de ces questionnements-là... ce qui est compliqué parce que en fait concrètement ça veut dire que si tu mets un non professionnel il peut jouer ce rôle-là, ou un aide-soignant, en psychiatrie c'est la question qui se pose de plus en plus, si on met un aide-soignant, il va aussi être dans ce rapport-là 80/20 mais ça pourra le faire quand même, ce qui est vrai, parce qu'on est dans ces services où il y a des aides-soignants qui bossent qui font des activités, on perçoit pas la différence. »*

Ce qui apparaît ici est bien une distinction de méthode, de démarche, d'utilisation de l'activité. Cette distinction, servant à rendre plus perceptible sa propre démarche qui se veut autre, et donc légitime.

4.4.4. Le découpage implicite, l'équilibre tacite, la reconnaissance explicite

Suite à cette expérience d'observation, d'auto-confrontation, de questionnement, de point de vue partagé avec les acteurs, un premier élément ressort de façon globale qui semble être la satisfaction générale et partagée des deux thérapeutes, Justine et Benoit, dans leur travail collaboratif. Il règne dans les situations observées et partagées, une ambiance apaisée et cordiale qui semble sincère. Ainsi un certain équilibre collaboratif, comme le dirait M. Kaddouri, semble avoir été trouvé par les deux acteurs favorisant cette atmosphère de travail.

Pour autant, à la simple observation extérieure de ce groupe, il n'existe que peu d'éléments distinctifs dans les interactions qui sont laissées à montrer entre eux. Ainsi la question semble légitime quant à savoir si des éléments distinctifs sont nécessaires pour permettre à chacun de trouver sa place dans cet équilibre.

Ce n'est que dans une analyse plus fine de ces interactions, des paroles recueillies que ces éléments apparaissent. En effet, on peut alors s'apercevoir que chacun s'est alors construit des représentations personnelles de leurs rôles, leurs places, leurs attributions. Benoit se ciblera plus dans une dynamique d'expertise, d'évaluation quand Justine se situera dans une approche globale et interactionniste. Ces deux positionnements, pouvant alors s'entendre comme étant des représentations identitaires personnelles, pour chacun d'entre eux, de leurs professions, de comment ils la comprennent et comment ils veulent la pratiquer. On peut également s'apercevoir que, malgré que ces deux approches puissent apparaître opposées dans la démarche de prise en charge, dans cette situation elles se complètent et permettent à chacun, au contraire, de trouver la place qu'il souhaite avoir. Du fait de cet équilibre ils ne sont pas en tension entre leurs identités professionnelles souhaitées et celles vécues, et il s'agit alors pour eux d'être dans une stratégie de continuité identitaire pour maintenir cet équilibre satisfaisant pour tous.

Mais cette satisfaction partagée n'est pas sans rapport avec la réalité des actes. Et on peut relever à différentes reprises, bon nombre d'éléments venant renforcer, confirmer, conforter chacun dans son identité. C. Dubar parle alors « d'actes d'attributions » qui apparaissent ici en creux tout au long des propos recueillis. Benoit est effectivement positionné comme référent du groupe, qui est de surcroît un atelier d'ergothérapeute, avec une compétence reconnue pour l'évaluation, puisque les patients lui sont adressés de façon spécifique dans ce contexte. Tous ces éléments étant alors des « actes adressés », par l'institution, ainsi que par sa collègue directe. Ces éléments sont alors en adéquation avec ses « actes d'appartenances » qui

correspondent aux éléments qu'il revendique dans sa démarche. Il en est de même pour Justine qui revendique une certaine compétence dans l'observation, dans la compréhension et l'appréhension des contextes globaux de prises en charges des patients comme autant « d'actes d'appartenance », du fait de sa propre lecture de son métier, et qui sont confirmés à plusieurs reprises dans sa place prise lors des débriefings et dans la reconnaissance réelle de Benoit en la matière, comme autant « d'actes adressés ».

C'est cette lecture fine et approfondie de la situation et des représentations de chacun qui permet de mieux comprendre l'équilibre et la satisfaction des participants à ce groupe. C'est dans cette adéquation entre les identités professionnelles souhaitées par chacun, soi pour soi, et ces identités reconnues, soi pour l'autre ; c'est de cette juste apposition dans les « actes d'appartenances » et les « actes d'attributions », que vient l'origine de cette harmonie constatée. Chacun étant reconnu pour ce qu'il veut être par ailleurs.

Pour autant, ces reconnaissances mutuelles attribuées, semblent l'être, non du fait d'une connaissance approfondie de la profession de l'autre (ex : comme pour Justine qui relate qu'elle ne connaît que peut le métier d'ergothérapeute, ou Benoit dans sa présentation du positionnement des infirmiers dans les activités). De même si on rentre encore plus finement dans l'analyse de ces représentations, on peut alors constater que ces reconnaissances concédées, l'un pour l'autre, balancent continuellement entre ce qui pourrait être de l'ordre de la reconnaissance professionnelle, et ce qui est de l'ordre de la reconnaissance personnelle. En effet, à plusieurs reprises Justine concède aisément des compétences professionnelles propre à Benoit (ex : « *c'est plus le rôle de l'ergothérapeute* »), mais ces actes adressés semblent régulièrement contrebalancés par le contexte spécifique du groupe et donc, la question de leurs généralisations reste posée¹⁷ (ex : positionnement des nouvelles pratiques infirmières autour de l'évaluation ; garant du cadre laissé car de toute façon ce n'est pas dans son fonctionnement naturel). De même pour Benoit qui reconnaît un positionnement juste et une compétence d'analyse fine à Justine, tout en nuancant cet élément par des expériences précédentes. Ainsi la question reste ouverte à savoir si cet équilibre satisfaisant des rôles professionnels de chacun autour de cette activité partagée, en adéquation avec les rôles souhaités, prend racine plus sur une dimension personnelle reconnue qu'une reconnaissance professionnelle avérée.

¹⁷ S'il devait s'agir d'une reconnaissance de compétence propre à une profession on pourrait alors s'imaginer qu'elle pourrait être reproductible à toutes les personnes de même profession

Cette observation montre bien que dans cet équilibre harmonieux autour d'une activité partagée, activité qui pourrait amener à des difficultés de positionnement entre ces acteurs aux professions différentes, s'est instauré une stratégie que M. Kaddouri qualifierait de « préservation collaborative » implicite, s'appuyant sur les identités souhaitées par l'un et l'autre, qui se trouvent alors confortées réciproquement par les reconnaissances et autres actes adressés l'un pour l'autre. Chacun ayant alors une place concédée d'autant plus stable qu'elle ne vient pas interférer avec la place de l'autre et permet, au contraire, de laisser l'espace suffisant pour la renforcer. En effet, lors de ce temps de rencontre professionnel devant amener à une collaboration la plus efficace et la plus satisfaisante possible pour chacune des parties, les questions sur les représentations identitaires sont alors convoquées. Quelle est mon identité professionnelle vécue ou souhaitée ? Qu'elle est la place que je souhaite avoir ? Et en rapport, quelle est l'identité que j'octroie à l'autre ? Qu'elle est la place que je lui reconnais ? Sont alors convoqués les « actes d'appartenances » tout comme les « actes d'attributions », comme nous le rappelle C.Dubar.

5. Limites du travail de recherche.

Maintenant ce travail de recherche terminé, je constate qu'il m'aura permis de mieux comprendre certaines situations, d'en avoir une lecture autre. Pour autant je constate également l'ensemble des éléments qu'il aurait été important de regarder plus finement encore pour avoir un étayage de ces situations plus important, pour avoir une vision encore plus nette et une lecture encore plus juste des contextes observés.

Les limites de ce travail me semblent nombreuses et de divers domaines.

Tout d'abord, la première limite qui m'apparaît évidente à ce jour, correspond à mon inexpérience en matière de recherche, en matière de conduite d'entretien et d'auto-confrontation. Inexpérience qui m'a sûrement fait défaut dans quelques observations ou entretiens que j'ai pu avoir, et ayant entraîné la récolte de données peu ou non exploitables.

Ensuite, même si j'ai pris le soins d'observer plusieurs situations relevant à mon sens de la problématique que je souhaitais aborder, ces situations étaient prises à chaque fois sous une focale différente et ainsi, il n'y avait pas une multiplication des situations observées mais une juxtaposition. Ainsi avec aussi peu de situations observées, il me semble difficile d'établir des extrapolations sans émettre le doute qu'il peut ne s'agir que de situations singulières, non comparables. Par exemple, plus ce travail de recherche avançait, plus j'émettais l'idée qu'il

aurait pu être intéressant d'aller observer cette problématique dans une institution prônant, par exemple, la psychiatrie institutionnelle, et ainsi, érigeant pour principe de base l'absence de frontières professionnelles.

De même, j'ai pris soin de regarder systématiquement la problématique que j'ai souhaité traiter avec une focale différente, balayant ainsi de façon plus large le sujet. Au vue du peu de temps imparti pour réaliser cette recherche, un autre choix aurait pu être fait de cibler un seul aspect de cette problématique (le légal, la formation, la communication, le travail réel) pour essayer d'approfondir plus encore le domaine considéré. Ce balayage multi focal pour lequel j'ai opté pour autant, m'a permis, personnellement, d'avancer dans la compréhension de cette problématique. Cependant il n'a peut-être pas permis de traiter de façon experte chaque domaine. Par exemple concernant l'aspect légal des identités professionnelles contenues dans les décrets de compétences des différents professionnels, je n'ai pu aborder cet aspect qu'avec mes seules compétences propres, or il aurait été intéressant de solliciter un spécialiste des questions de droit pour avoir une vision plus éclairée en la matière. Nonobstant ce n'est pas pour cette approche que j'ai opté car il m'aurait semblait encore plus inadapté pour la compréhension du sujet, de n'aborder qu'un seul aspect.

Il me semble qu'il existe néanmoins un autre élément mis à l'écart dans ce travail qui, sur le plan personnel, me manque à ce jour. En effet, ce travail est uniquement basé sur l'observation et la compréhension des répercussions sur les identités professionnelles des personnes considérées, du partage des situations de travail, cependant reste à mon sens à observer (encore plus précisément même si cet abord est quelque peu évoqué dans la dernière observation) non plus cet impact mis en lumière ici, mais les stratégies mises en place en rapport. Comment concrètement, au vu de ces éléments, les acteurs créent leurs propres repères.

Enfin, la dernière limite, mais non des moindres, que je vois ici à ce travail de recherche mené durant cette année de formation à l'IFCS de Montpellier, correspond au manque évident de temps pour mener à bien une recherche de qualité. Il m'est apparu manifeste durant cette année de formation, que pour mener une recherche aboutie, de qualité et pertinente, il s'agissait de s'extraire d'une certaine contingence de temps qui ne pouvait être conciliable avec cette année de formation.

6. La prise en compte de l'identité professionnelle comme outil de management

Lorsqu'il s'est agi durant cette année de formation à l'IFCS de Montpellier de trouver une thématique pour soutenir le travail de recherche qui allait m'accompagner, ma volonté n'était pas d'aborder une problématique spécifique au domaine de l'ergothérapie. Il s'agissait pour moi, de rentrer dans une formation visant à me mener vers d'autres perspectives professionnelles et ainsi je ne souhaitais pas l'aborder par un retour sur ma profession initiale. Pour autant, très tôt durant cette formation, au détour des personnes rencontrées et des situations observées, cette thématique liant les identités professionnelles et la reconnaissance des professionnels dans le quotidien de leurs tâches par le truchement de l'ergothérapie, m'est apparue comme évidente et incontournable, surement me renvoyant à mes propres interrogations.

C'est ainsi que j'ai décidé de m'y confronter avec le regard extérieur que me permettait le cadre de ma formation. Pour autant, plus ce travail de compréhension avançait, plus je me rendais compte que cette problématique était transverse à bon nombres de corps professionnels et pouvait se transposer de façon plus qu'évidente. En effet, qu'en était-il de la reconnaissance et de la prise en compte des différentes spécialités infirmières lorsque leurs tâches n'étaient plus identifiantes ? Qu'en était-il pour les infirmières de bloc opératoire partageant le même champ avec des collègues non diplômées de la spécialité ? Qu'en était-il pour les infirmiers diplômés en soins psychiatrique encore en activité vis-à-vis de leurs jeunes collègues n'ayant pas suivi cette formation ? Est-ce à dire que leurs formations n'avaient à ce point plus de sens qu'elles n'entraînaient plus de distinction dans le concret du travail ? Et qu'en était-il pour les auxiliaires de puéricultures face aux aides-soignantes ? Là encore, est-ce à dire que rien ne sert d'avoir eu une formation spécifique pour travailler en service de pédiatrie puisque le même travail pouvait être accompli par d'autres ?

Et par la même, au fur et à mesure de l'avancée de mes questions, de mes observations, de mes analyses, une chose m'apparaissait comme étant de plus en plus patente. J'étais en train de m'attacher non à une problématique d'ergothérapeute, mais bien à une problématique de cadre de santé désireux de participer à l'émancipation des agents qu'il aurait à accompagner. A leurs reconnaissances, à participer, d'une certaine manière, à leurs « bien-être au travail ».

Dès le début de ce mémoire, j'avançais comme perspective face aux difficultés du travail ensemble de différents professionnels autour de la même activité, que l'identité

professionnelle, plutôt que de l'envisager dans un aspect corporatiste, devait, au contraire être le point d'accroche, la fenêtre par laquelle les rencontres professionnelles devaient se faire. Cette idée, même si elle fut souvent interrogée durant cette année, ne fut que plus renforcée au moment de mettre fin à ce travail. L'identité professionnelle ne devait pas être un frein mais bien une ressource.

Fort de ces constats, face à cette question posée dans ce mémoire par le biais de l'ergothérapie, et au vu des enseignements que j'en ai retiré, j'ai essayé de tirer ici les grands enseignements que j'ai pu m'approprier et ainsi d'extrapoler ce qui sera les grandes lignes de conduites dans ma position de cadre de santé.

6.1. Le besoin de reconnaissance, besoin primaire

Le premier constat qu'il semble évident de souligner ici, est le besoin de reconnaissance des personnes. Certes il s'agit peut-être là d'une évidence qui « va sans le dire ! ». Cependant il m'apparaît évident aujourd'hui plus encore, qu'il s'agit de le dire, de le redire encore et de l'appuyer de toutes les forces que m'octroient les observations et les conclusions que j'ai pu tirer durant cette année. Certes nous savons tous que les personnes ont besoin de reconnaissances. Reconnaissances personnelles et professionnelles et ce, peut-être plus encore, dans nos métiers du soin s'agissant là d'un moteur évident qui a fait opter les personnes vers ce type de professions, même si il arrive parfois que cette évidence puisse s'effriter face au quotidien.

La juste reconnaissance de sa place en accord avec son « moteur interne », engendre participation, motivation, efficacité ce qui est un gain d'efficience pour l'organisation de service, mais de surcroît une certaine satisfaction personnelle pour l'agent et un bien être professionnel. A contrario, la non reconnaissance semble engendrer repli, réactions de fuites, stress et pour finir arrêt maladie avec une mise en danger parfois grave de l'estime identitaire de la personne, M. Kaddouri parlera même « d'anéantissement » (j'ai pour exemple le souvenir d'une cadre de santé rencontrée au détour d'un stage qui du fait d'un manque de reconnaissance évident de son travail et de sa place, de toute part, se retrouvait dans une situation de fragilité psychoaffective importante).

De même le concept d'identité professionnelle reste une notion complexe et mobile. Pour autant, il me semble flagrant que les professions paramédicales, dans leurs ensembles, relèvent bien plus de la notion de « profession » que de celle de « métier ». Trop de choses sont connotées, associées, rattachées aux diplômes, aux formations initiales, aux taches du

quotidien pour qu'elles se contiennent dans la notion de métier. Il y a effectivement une communauté de valeurs, de préoccupations partagées, de dynamiques identitaires qui se retrouvent dans toutes les personnes que j'ai pu rencontrer, qu'il s'agit de considérer avec la plus grande attention. Attention d'autant plus grande que les nouvelles approches gestionnaires (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences) basées uniquement sur le savoir-faire, vont à l'encontre de cette notion. La compréhension administrative des professions n'appréhende pas les disciplines paramédicales comme des professions mais comme des métiers dotés de certaines compétences. L'aspect identitaire, de valeurs partagées, de nécessité de reconnaissance en rapport, n'y est tout simplement pas pris en compte. Cette approche peut s'avérer intéressante voire utile dans une dynamique personnelle pour favoriser des évolutions de carrières, des changements de postes et ne doit pas être rejetée en bloc. Pour autant cette non-appréhension de l'aspect identitaire des professions paramédicales me semble être une aberration allant à l'encontre de la motivation des personnes.

Cependant, comme je viens de le dire, le concept d'identité professionnelle reste fluctuant dans le sens où, même dans une profession analogue, on ne retrouvera pas forcément la même perception intime de cette identité. Pour certains elle prendra telle forme quand elle en prendra une autre pour le collègue (comme pour l'ergothérapeute interrogée initialement qui place de toute évidence une notion psycho-comportementale importante dans la valeur de son travail quand celui observé en fin y incorporera plus volontiers une approche cognitivo-comportementale. Donc deux approches, deux visions différentes d'une même profession). Ainsi, plus qu'une notion générique d'identité professionnelle transposable à tous ceux d'une même profession, peut-être s'agit-il de considérer une notion « d'identité professionnelle personnelle »¹⁸.

De ce fait il va s'agir, non de partir du postulat de départ que telle ou telle personne, possède une identité professionnelle commune à tous ceux de sa profession, mais bien de rechercher « son » identité professionnelle propre. Quel est « Votre » identité professionnelle à vous ? Il ne s'agit pas de chercher à savoir qu'est-ce qu'un « infirmier » face à un agent, mais bien de rechercher « pour vous, qu'est-ce que cela représente d'être infirmier ? ». Et il me semble que c'est bien cette dernière représentation qui doit primer sur la précédente plus généraliste. Afin de justement reconnaître et considérer un individu, il s'agit alors, non de reconnaître son

¹⁸ Y. Clot parlerait alors de « genre » professionnel comme une entité commune à la profession agréementée du « style » qui correspond à une approche personnelle.

« groupe d'appartenance » mais bien ce que « lui » souhaite véhiculer, « lui » à titre personnel, quelle est « sa » représentation de sa profession.

Face à ces éléments évoqués il va s'agir de prendre le temps de l'écoute, de l'observation, de la compréhension. De considérer chaque personne comme un professionnel particulier avec une représentation singulière de son travail. C'est cette attention et cette reconnaissance qui, peuvent être insufflées par le cadre responsable d'une équipe. Les personnes n'ont évidemment pas fait un choix de carrière du soin, suivit une formation demandant investissement, sans qu'il y ait une influence dans leurs attentes de satisfaction au travail. Il me semble plus que clair à ce jour, qu'afin de motiver et de renforcer cette dynamique initiale, il s'agit de permettre à cet élan primitif de s'exprimer et d'être reconnu.

Pour ce faire, il me semble qu'en tant que cadre de santé, il faut savoir être attentif à tous les éléments qui permettent l'expression de cette identité professionnelle personnelle. Il faut savoir valoriser et susciter la parole, orale et écrite, de chaque professionnel et la considérée comme capitale et importante. En reconnaître sa singularité quelle qu'en soit son effectivité, car c'est au travers d'elle que prendra corps la reconnaissance professionnelle personnelle.

Il faut savoir également rester attentif aux « actes adressés » vis-à-vis des professionnels. Peut-être s'agira-t-il de renforcer la reconnaissance par de simples formulations, transformer les « qu'est-ce que vous en pensez ? » par « vous, en tant qu'orthophoniste, qu'est-ce que vous en pensez ? ». Eviter les amalgames organisationnels du type « ce patient ira en groupe (infirmier) terre ou en groupe (psychomotricité) relaxation », car alors quel est le message sous-entendu ? Peu importe que ce soit le groupe terre animé par l'infirmier ou le groupe relaxation animé par le psychomotricien, c'est finalement du pareil au même ?

Pour autant, il va s'agir, à mon sens d'être attentif à ne pas rentrer dans des enjeux corporatistes qui seraient alors clivant. Les combats corporatistes peuvent être entendus, voire louables. Mais il ne s'agit pas de prendre en otage une équipe, une organisation, pour les mener. Ils doivent, à mon sens, relever d'une démarche personnelle qui doit prendre corps en dehors de la sphère professionnelle. De même, il serait encore plus délétère et saugrenu qu'ils soient portés par le cadre de santé responsable de l'animation de l'ensemble de l'équipe et se devant de ne favoriser aucune profession par rapport à une autre quel que soit ses convictions. Il me semble qu'il s'agit là d'un contrat tacite (qui demanderait peut-être à être explicite),

capital que le cadre doit passer avec son équipe s'il veut rester dans une neutralité objective et bienveillante pour tous.

Cette attention que le cadre doit avoir à l'encontre des représentations implicites de chaque agent est d'autant plus nécessaire qu'il est le garant de la sécurité matérielle et psychique des agents dont il a la charge. Un écart trop grand entre les valeurs portées par l'agent dans ses représentations implicites et la considération que l'on en fait peut l'amener sur la pente glissante de la dévalorisation, du sentiment d'inutilité ou de trouble identitaire.

Il me semble également que le cadre de santé doit être d'autant plus attentif à la place octroyée, à l'écart éventuel avec la place souhaitée par la personne elle-même, que cette dernière se trouve isolée par le contexte institutionnel (ex : 1 psychomotricien dans une équipe de 10 kinés, ou 1 infirmier ISP parmi 10 IDE). La cohésion d'un groupe a un effet protecteur et renforce la reconnaissance adressée « tu es des nôtres ! ». Mais qu'en est-il lorsqu'il n'y a pas de groupe ? Est-ce que la personne isolée se tournera vers le groupe existant pour rechercher protection symbolique et mettra sous silence son approche initiale dans une démarche de replis ? Ou au contraire sera-t-elle revendicative de « sa » différence pour affirmer artificiellement celle-ci ? Et quel sera l'attitude du groupe majoritaire ? Agira-t-il par le rejet ? La condescendance ? Le mépris ? Il me semble que le cadre de santé responsable de l'ensemble de l'équipe, doit être particulièrement attentif à ces situations et doit permettre à l'individu de pouvoir renforcer et valoriser son identité professionnelle de façon productive et constructive.

Pour finir dans sa préoccupation légitime de mettre en place l'organisation la plus efficiente possible, il me semble également que le cadre de santé doit être attentif à ne pas raisonner uniquement en termes de compétences, mais doit prendre en compte l'aspect identitaire de la profession et qu'ainsi l'aspect gestionnaire de la compétence ne prévale pas sur l'aspect humain de la profession. Ainsi, même si la prise en compte et la valorisation de la compétence d'un individu peut s'avérer intéressante pour lui (en terme de gestion de carrière, de reclassement etc.), il ne s'agit pas de la transposer et de généraliser, à mon sens, cette approche au risque de perdre cette valeur identitaire qui, encore une fois, ne doit pas être un frein mais bien au contraire une ressource.

6.2. La valorisation de l'identité par la formation

Toutefois, si un agent se retrouve en fragilité de reconnaissance, dans l'inconfort d'une position ou d'un rôle attribué, qui n'est pas suffisamment en rapport avec son rôle souhaité, la

posture du cadre, son attitude et son discours, peuvent ne pas suffire et il s'agit de trouver d'autres leviers d'actions.

La formation me semble alors être un levier important. En effet, si l'identité professionnelle personnelle d'un agent est fragile, il s'agit de lui permettre de la renforcer par un adossement à un cadre conceptuel professionnel spécifique.

Il s'agit alors de l'accompagner à un recentrage théorique, non dans un but évaluatif ou normatif, mais bien dans un but formatif. « Quand vous me dites que vous voulez être seul pour l'évaluation à domicile, je ne comprends pas pourquoi ? Expliquez-moi votre position s'il vous plait, est-ce du fait d'une dynamique professionnelle ? Dites m'en plus... ». De même peut-être s'agit-il d'inciter les professionnels à ne pas se laisser aller dans leurs traces orales ou écrites, à des raccourcis, des généralités transverses non-identifiantes. Par exemple si un projet doit être rédigé pour soutenir un atelier spécifique par un psychomotricien, et bien peut-être s'agira-t-il d'être attentif au fait que ce projet soit rédigé de telle sorte qu'il apparaisse comme évident qu'il ne peut s'agir que d'un atelier par un psychomotricien relevant ainsi le vocabulaire, la démarche, les objectifs et les moyens attendus.

Dans cette même démarche favoriser la formation professionnelle continue me semble un levier important. Mais il s'agira peut-être alors de favoriser des formations spécifiques à la profession de l'agent afin de l'aider à se recentrer sur sa place et son rôle et lui permettre ainsi de gommer sa fragilité éventuelle, plus que d'axer sur des formations transverses qui pourraient avoir l'effet contraire.

6.3. Le travail interprofessionnel est-il vraiment possible ?

Au vu des résultats montrés dans mes observations et des analyses faites, force est de constater que le travail « ensemble » ne va pas de soi et que la question de l'interprofessionnalité se pose alors comme nécessaire.

Comme nous le rappelle C. Wagner (WAGNER, 2005), la Pluri professionnalité est la juxtaposition de disciplines diverses plus ou moins voisines dans le domaine de la connaissance. Alors que l'Inter professionnalité correspond à l'interaction entre plusieurs disciplines allant de la communication, à l'intégration mutuelle. Dans cette organisation du travail ensemble, il s'agit alors d'entendre la Pluri professionnalité comme étant le premier niveau, un niveau de juxtaposition, quand l'Inter professionnalité correspondrait à un deuxième niveau d'intégration mutuelle. Pour autant, comme il nous le rappelle, non seulement « *l'Interdisciplinarité n'est possible que si les professionnels prennent conscience*

et comprennent l'importance de ces interactions entre disciplines. » (WAGNER, 2005, p. 114). Mais surtout, le risque de l'inter professionnalité réside dans la perte des compétences propres et dans la perte de repères, qui sont préservés par la pluri professionnalité « *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* » (WAGNER, 2005, p. 115).

L'inter professionnalité apparaît de plus en plus, à mon sens, comme une mode de gestion qui viserait à mutualiser les compétences « métiers ». Mais les paramédicaux sont plus dans le registre d'une identité professionnelle vraie, incompatible avec une approche purement métier dénuée d'une représentation identitaire forte. Ainsi cette approche aurait tendance à nier l'approche psychologique identitaire ce qui est, à mon sens, une erreur grave. Durant cette année d'étude, force a été de constater que toutes les situations observées de co-animations se réclamant de l'inter professionnalité, comme un gage de qualité semblant répondre à une mode organisationnelle, relevaient en réalité bien plus d'un fonctionnement pluri professionnel où les rôles, les enjeux, les compétences étaient réparties. Il semble alors que malgré une démarche initiale de mutualisation des compétences, les acteurs dans le concret de leur travail mettent en place une répartition implicite visant à retrouver, chacun, une légitimité de présence en rapport à leur identité professionnelle propre. Et en effet, si les spécificités professionnelles se confondent, ne perd-on pas l'intérêt de les multiplier ? Et de plus, l'interprofessionnel vrai permet-elle la reconnaissance d'un professionnel dans sa spécialité ?

Est-ce à dire que l'inter professionnalité vraie n'est pas possible et est vidée de tout intérêt ? Je n'en suis pas si sûr malgré tout. Comme je l'ai dit plus haut, l'identité professionnelle est avant tout une identité professionnelle personnelle. Ainsi elle peut se nourrir évidemment d'une approche professionnelle générique, mais elle se nourrit également d'une approche personnelle propre à une culture de service, de structure. Ainsi dans ce cas, puisque correspondant aux valeurs et aux identités propres aux agents, l'inter professionnalité peut alors prendre tout son sens. Il semble important, avant d'accompagner une équipe dans un travail inter professionnel de mutualisation des pratiques, d'évaluer le niveau de reconnaissance personnelle des agents (afin de ne pas les entraîner vers une pratique encore moins discriminante et donc moins enclin à la reconnaissance individuelle). Cependant il me semble important d'en connaître les limites et les contours au préalable afin de ne pas l'ériger en principe de base. En effet toutes les activités ne peuvent peut-être pas relever d'une pratique interprofessionnelle. Peut-être

certaines pratiques trop rattachées à des « champs professionnels propres » ne peuvent s'accorder à une telle approche alors qu'en revanche, d'autres pratiques partagées de fait, le pourront. Par exemple les conseils d'aménagement du domicile en vue d'un retour à domicile est une pratique trop fortement attachée à la pratique ergothérapeutique pour qu'elle puisse, à mon sens, être réellement partagée de façon aussi transverse que l'inter professionnalité le sous-entend. En revanche, une pratique comme la prévention des chutes est une pratique partagée par les ergothérapeutes, les masseurs-kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les soignants et ainsi une appréhension de cette problématique inter professionnelle peut, peut-être, s'envisager plus aisément.

6.4. Permettre le travail ensemble

Je ne suis pas certain qu'il puisse exister une seule organisation de travail permettant d'allier efficacité fonctionnelle et bien-être personnel des agents du fait d'une suffisante reconnaissance individuelle.

Certes, comme nous le rapporte C. Wagner, l'organisation pluri professionnelle, avec des champs bien délimités et discriminants, permet une reconnaissance et une identification plus aisée des agents. Elle renforce ainsi cohésion et collaboration puisque chacun est à sa place (si tant est qu'il s'agisse d'une place acceptée ou voulue et non d'une place subie). Mais comme je l'ai évoqué, le travail ensemble en mutualisation de compétence, doit pouvoir être possible et se favoriser même en dehors d'un découpage de pratique. Il me semble évident à ce jour que la personne adoptera une attitude d'autant plus forte que sa reconnaissance et le renforcement de son identité professionnelle personnelle, le lui permettra.

Ainsi, par analogie, moins l'individu sera mis en situation de fragilité vis-à-vis de sa propre reconnaissance et de sa propre place dans l'organisation, plus il sera enclin à aller vers l'autre pour travailler avec lui. Et c'est à ce niveau que le cadre doit pouvoir agir à mon sens. En effet, si on devait imaginer l'exemple d'un ergothérapeute dont le travail en atelier serait reconnu de façon amalgamée avec le travail de ses autres collègues, que son atelier soit indistinct des autres, non dans une démarche de hiérarchie ou de prévalence, mais en terme de reconnaissance individualisée. Quelle serait alors son attitude ? Est-ce que cet agent va s'ouvrir à ses collègues, voire rechercher un travail pluri ou interprofessionnel ? Ou au contraire, va-t-il avoir tendance à se refermer ou à cacher son travail dans une dynamique d'autoprotection ? A contrario, imaginons un ergothérapeute cette fois clairement reconnu dans ses compétences, son travail et l'intérêt de ce qu'il apporte. Pour qui l'amalgame dans la

tête de tous n'est pas possible et pour qui sa place au sein de l'organisation, même de façon symbolique, n'est clairement pas remise en cause. Ce même individu va-t-il être plus, ou moins, en mesure de s'ouvrir aux autres et à partager sa pratique en inter ou pluri professionnalité ?

Certes il s'agit là de pures conjectures mais il me semble évident en posant ces questions ainsi, que le lien entre reconnaissance personnelle professionnelle et propension à s'ouvrir aux autres professionnels, est direct. Il s'agit là de mon hypothèse initiale qui m'apparait, à ce jour, d'autant plus prégnante au vu de l'ensemble des éléments que j'ai pu observer. Là encore, comme je l'ai évoqué dans les limites de ce travail de recherche, je n'ai pu observer un grand nombre de travail partagé. Mais toutes mes observations qui ont montré un fonctionnement visiblement satisfaisant de l'ensemble des protagonistes, montraient des situations où la reconnaissance de l'autre était présente, évidente, centrale et mutuelle.

Conclusion

Dans ce « travail ensemble », dans cet acte de collaboration ou deux individus de professions différentes doivent se rencontrer pour mutualiser leurs compétences et leurs connaissances, est sous-tendue en filigrane une notion de reconnaissance, de « socialisation », qui fait intervenir fortement les notions d'identité professionnelle et leurs représentations induites intra et intersubjective comme nous le rapporte C.Dubar (DUBAR, 2011).

Comme nous l'avons vu au début de ce travail, la notion d'identité professionnelle, même si elle peut apparaître comme une notion floue, et de ce fait peut être par certains mal considérée, elle n'en reste pas moins vraie et profondément ancrée en chacun. Cette appartenance à une profession, à une représentation sociale en accord avec ses souhaits, reste profondément inscrite chez les professionnels. En effet, même si le « prescrit légal » ne permet pas, ou trop mal, d'en déterminer les contours, l'identité professionnelle, la communion de valeurs partagées d'un groupe, se retrouve dès les instants de formations, comme l'élément le plus personnel, difficile à décrire, à délimiter, mais auxquels les personnes se raccrochent. « Pour vous, c'est quoi d'être de votre profession ? »

Cette appropriation identitaire à « sa » profession semble présente en chaque professionnel et le guider vers « sa » bonne pratique¹⁹. Elle va être partagée par l'ensemble de la communauté professionnelle, mais également propre à chacun suivant sa propre subjectivité et compréhension propre de sa profession. Mais elle n'est pas figée. Elle s'entretient et se nourrit des interactions qui se présentent à lui. Des éléments qui lui sont renvoyés, de la reconnaissance dont on lui fait montre, des représentations octroyées ou concédées. Mais parfois il peut y avoir un écart entre les représentations propres ou souhaitées de la personne, et ce qui lui est alors concédé. Cet écart peut être la source de gêne, de déstabilisations, de fragilisations voir même d'inconforts tels, qu'ils finiront par être délétères.

Pour le petit enfant, la socialisation passe par le jeu comme le montre l'approche Piagétienne. Ainsi son aptitude de socialisation, d'aller à la rencontre de l'autre, de le considérer comme autre, et sa capacité à jouer avec lui se développe simultanément et de façon interactive. Que le petit enfant apprenne que « l'autre est autre » par le jeu, ou est-ce parce qu'il apprend que l'autre est autre, qu'il peut jouer avec lui, peu importe ici. L'essentiel est bien de considérer

¹⁹ Il ne s'agit pas ici de confondre l'éthique, personnelle ou professionnelle, avec l'identité professionnelle. Il me semble que l'une est contenue dans l'autre mais pas inversement. L'identité professionnelle intègre, un savoir-faire spécifique, un savoir théorique et conceptuel mais aussi une notion d'éthique professionnelle liée à la profession et à la communauté de valeurs. En revanche l'éthique professionnelle n'intègre pas de notion de profession. Elle n'est alors qu'un guide d'attitude à adopter pour appréhender justement une problématique éthique professionnelle.

que les deux dynamiques sont intimement liées d'une part, et de constater que le jeu avec l'autre n'est possible que lorsque l'autre est bien autre. L'analogie me semble ici intéressante s'agissant de considérer l'acte de travail du professionnel en situation partagée comme une situation de jeu partagé.

Pour autant, les organisations de travail actuelles peuvent parfois être tentées de casser les distinctions pour favoriser la polyvalence en espérant renforcer la coordination, le partage. Ces démarches ne me semblent pas pertinentes dans la mesure où elles nient cette dimension personnelle identitaire propre à sa profession. Le message véhiculé est alors « pour travailler ensemble il faut arrêter de penser profession. Ne pensez plus infirmière, ergo, kiné ou autres. Il faut partir du principe que nous sommes tous des soignants ! ». Nous sommes tous des soignants certes, mais il ne me semble pas pour autant qu'il s'agisse là d'un message propice à la communication et au partage car bien au contraire, il peut engendrer perte de repères, confusion, voir même un écart trop grand avec les représentations propres à chacun. Pour favoriser cette communication et ce partage, peut être au contraire faudrait-il renforcer l'individu, sa distinction dans son « être », pour l'aider à collaborer avec les autres. Le rendre suffisamment fort dans son identité, sûr de sa considération et de son utilité dans le collectif pour justement lui permettre de s'ouvrir aux autres professionnels.

Bibliographie

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. (2004).

Wikipédia - Centre hospitalier François-Tosquelles. (2013). Récupéré sur Wikipédia: http://fr.wikipedia.org/wiki/Centre_hospitalier_Fran%C3%A7ois-Tosquelles

ANFE. (s.d.). ANFE. Consulté le 2013, sur ANFE: <http://www.anfe.fr>

Arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé. (s.d.). Consulté le 2013, sur <http://www.legifrance.gouv.fr>: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000278576&dateTexte=&categorieLien=id>

coordination H.Hernandez. (2009). *Ergothérapie en psychiatrie*. Solal.

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. (s.d.). Consulté le 2013, sur <http://www.legifrance.gouv.fr>: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. (s.d.). Consulté le 2013, sur <http://www.legifrance.gouv.fr>: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BCA375619983E1DBBDAF7ACB50BC1425.tpdjo05v_1?cidTexte=JORFTEXT000000309649&dateTexte=20040807

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice. (s.d.). Consulté le 2013, sur <http://www.legifrance.gouv.fr>: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006066735&dateTexte=20100127>

DUBAR, C. (2011). *La socialisation*. Armand Colin.

GABLE, G. (s.d.). *Historique de l'ergothérapie*. Consulté le 2013, sur <http://ergo.citipro.fr/modules/quitodocs/action.php?iddoc=174&repertoire=0&action=voir>: <http://ergo.citipro.fr/modules/quitodocs/action.php?iddoc=174&repertoire=0&action=voir>

- KADDOURI, M. (2005). les dynamiques de construction identitaire. *9ième journées Nationales d'Etudes des Cadres de Santé*. montpellier.
- LARSEN, A. (s.d.). *Art-thérapie*. Consulté le 2013, sur <http://www.hopital.fr>:
<http://www.hopital.fr/Hopitaux/Espace-Sante-mentale/Traitements-et-soins/Art-therapie>
- LARSEN, A. (s.d.). *Fédération Française des Art-Thérapeutes (FFAT)*. Consulté le 2013, sur www.ffat.fr.
- Merkilng, J. (2010). *Activités thérapeutiques à médiation. Rôle infirmier en santé mentale*. Elsevier Masson.
- MOREL-BRACQ, M.-C. (2011). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Solal.
- RICHARD, C., COLVEZ, D. A., & BLANCHARD, N. (2012, décembre). etat des lieux de l'ergothérapie et du métier d'ergothérapeute en France. Analyse des représentations socioprofessionnelles des ergothérapeutes et réflexions pour l'avenir du métier. *ergothérapie*, pp. 37-46.
- WAGNER, C. (2005). *Profession ergothérapeute*. l'Harmattan.

Problématique :

Qu'est ce qui permet à un professionnel de trouver sa place dans une équipe dans laquelle les tâches ne permettent pas de le distinguer ?

Résumé :

Dans une équipe pluri-professionnelle, les professionnels sont identifiés par ce qu'ils sont (leurs spécialités), mais aussi par ce qu'ils font.

Les organisations de travail favorisent de plus en plus le partage des pratiques, les mutualisations de compétences, bref le travail « ensemble » des différents professionnels de spécialités distinctes.

Bon nombre de tâches sont alors partagées et ne relèvent pas d'une spécialité plus qu'une autre. Ainsi, la simple observation extérieure d'une situation de travail partagée peut ne pas permettre de distinguer clairement les professionnels qui interviennent. Qui fait quoi ? Un professionnel en blouse blanche soutenant un patient pour le faire marcher dans un couloir, est-ce un kinésithérapeute ? Un ergothérapeute ? Un infirmier ? Un psychomotricien ? Un autre assis à côté d'un patient allongé sur un tapis de sol et lui demandant de poser une respiration lente et profonde, est-ce une séance de relaxation de psychomotricien ? De kinésithérapeute ? D'infirmier ? D'animateur yoga-relaxation ?

Mais alors, qu'en est-il quand ce qui est fait ne permet plus d'identifier le professionnel ? Quand ce qu'il fait, de par la nature de sa profession, est également réalisé par d'autres professionnels ?

Ces questions interrogent sur la place de chaque professionnel dans l'organisation de soin. Sa place vécue et celle qui lui est alors attribuée, ainsi que, par extension, sur la notion de son identité professionnelle.

C'est au travers de l'ergothérapie en psychiatrie que ces éléments seront abordés.

Mots Clés :

Identité Professionnelle - Reconnaissance – Psychiatrie – Ergothérapie – Co Animation -
Coopération – Inter Professionnalité