



ÉTUDE PROSPECTIVE DES MÉTIERS SENSIBLES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

Monographie d'ergothérapeute



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

**Observatoire National des Emplois et des Métiers
de la Fonction Publique Hospitalière**

Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière

Monographie d'Ergothérapeute

Décembre 2008

Avertissement au lecteur : Les propos regroupés dans ce travail reflètent le point de vue des professionnels et experts qui se sont exprimés lors des auditions. Ils ne sauraient engager la DHOS quant aux préconisations ici formulées.

1. Les caractéristiques actuelles du métier

1.1. Activités

1.1.1. Définition du métier

Le Répertoire des métiers de la FPH définit l'activité de l'ergothérapeute de la façon suivante :

- Evaluer les déficiences, les capacités et les performances motrices, sensibles, sensorielles, cognitives, mentales, psychiques de la personne.
- Analyser les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicaps et poser un diagnostic ergothérapeutique.
- Mettre en œuvre des soins et des interventions de rééducation, de réadaptation, de réinsertion, de réhabilitation psychosociale et de psychothérapie visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité.
- Développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et la participation sociale de la personne.
- Préconiser les aides techniques, aides humaines, aides animalières et modifications de l'environnement matériel, afin de favoriser l'intégration de la personne dans son milieu de vie.
- Concevoir et appliquer des appareillages pour la mise en œuvre de ces traitements.;

Cette profession est réglementée par l'article L.4332-1 du code de la santé publique, qui dispose qu'est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie. Le décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 codifié à l'article R.4331-1 du code de la santé publique fixe la liste des actes que ces professionnels sont habilités à accomplir. Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale.

1.1.2. Activités principales

Selon le Répertoire des métiers, les activités principales sont les suivantes :

- Accueil et installation du patient, aménagement de l'environnement (confort et sécurité) ;
- Accueil, encadrement et accompagnement pédagogique des personnes (agents, étudiants, stagiaires, etc.) ;
- Bilan clinique d'un patient, spécifique au domaine (entretien / examen, recueil d'informations, travail de synthèse, restitution, etc.) visant au diagnostic ergothérapeutique ;
- Conception et rédaction de documents techniques, relatifs au domaine d'activité ;
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations ;
- Formation de personnes aux techniques et procédures de son domaine et à leur application ;
- Organisation, animation et suivi d'activités spécifiques au domaine d'activité ;
- Rédaction de comptes-rendus relatifs aux observations et aux interventions, dans son domaine d'activité ;
- Préconisations et suivi de projets d'aménagement de l'environnement ;

- Conseil, diagnostic, éducation, prévention, formation et expertise auprès des patients, usagers, aidants, professionnels, institutions, relatifs au domaine d'activités.

1.2. Compétences

Les connaissances mobilisées sont, d'après le Répertoire des métiers :

- Disciplines médicales et scientifiques du domaine d'activité ;
- Ergothérapie ;
- Exercice, organisation et actualités professionnelles ;
- Ethique et déontologie ;
- Psychosociologie du handicap ;
- Qualité ;
- Santé publique ;
- Animation de groupe ;
- Traitement orthétique et prothétique
- Droit des patients
- Communication et relation d'aide
- Réseau sanitaires, sociaux, et médicosociaux

Un véritable référentiel de compétences a été élaboré par le groupe de travail de la ré-ingénierie du diplôme d'ergothérapeute, travail conduit par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins via le bureau P1 chargé de la Formation et exercice des professions paramédicales et des personnels hospitaliers.

Référentiel de compétences

Compétences

- 1. Evaluer une situation clinique et élaborer un diagnostic dans le domaine de l'ergothérapie**
- 2. Concevoir un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement**
- 3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie**
- 4. Concevoir, réaliser, adapter et préconiser les orthèses et les aides techniques**

- 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. Coordonner les activités et coopérer avec les différents acteurs**
- 10. Former et informer**
- 11. Gérer un service, une structure et des ressources**

Compétences détaillées

Compétence 1 :

Evaluer une situation clinique et élaborer un diagnostic dans le domaine de l'ergothérapie

1. Identifier les besoins et les attentes liés à la situation ou au risque de handicap d'une personne, d'un groupe de personnes, d'une entreprise ou d'une collectivité
2. Conduire un entretien visant au recueil d'informations
3. Evaluer les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions à la participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les pathologies, les environnements humains et matériels et les habitudes de vie
4. Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'autonomie et à l'indépendance liés à la personne et à son environnement humain et matériel
5. Repérer et analyser les comportements et situations à risque pour la santé

6. Choisir et maîtriser les instruments de mesure, les méthodes, les moments et les lieux appropriés pour mener les évaluations en ergothérapie en fonction des modèles d'intervention
7. Elaborer et formuler un diagnostic ergothérapique prenant en compte la complexité de la situation de handicap

Compétence 2 :

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

1. Analyser les éléments de la prescription médicale et du diagnostic ergothérapique en sélectionnant les éléments utiles à la prise en charge ergothérapique
2. Choisir un modèle d'intervention ergothérapique et sélectionner des techniques pertinentes
3. Formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptés au projet de vie de la personne et au contexte
4. Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques, cognitives, psychosociales et environnementales de l'activité
5. Elaborer un programme personnalisé d'intervention ergothérapique
6. Adapter le plan d'intervention avec la personne, son entourage, et l'équipe de professionnels
7. Prévoir les ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités et identifier les modalités d'adaptation de l'environnement
8. Elaborer un cahier des charges répondant au projet d'intervention en ergothérapie et le faire évoluer
9. Préconiser des adaptations et des aménagements de l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement
10. Identifier les risques liés aux interventions et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées

11. Formaliser un suivi à distance du projet et des interventions en ergothérapie
12. Concevoir des mises en situation écologiques permettant d'anticiper le retour de la personne dans son milieu de vie

Compétence 3 :

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

1. Adapter l'activité en fonction des capacités et des réactions de la personne et des exigences requises pour l'accomplissement de l'activité
2. Mettre en place et adapter le cadre thérapeutique en fonction de la situation et des réactions de la personne ou du groupe de personnes
3. Installer la personne de façon appropriée et ergonomique
4. Concevoir, préconiser et réaliser des équipements et des matériels de confort, de prévention et de facilitation de l'activité et en vérifier la conformité
5. Evaluer les effets des activités en tenant compte des conditions de sécurité, d'hygiène et des recommandations techniques des produits et des matériels et en assurer la traçabilité
6. Mettre en œuvre les techniques en ergothérapie en vue de maintenir et améliorer les gestes fonctionnels : techniques d'entraînement articulaire, musculaire, sensitif et sensoriel, techniques de compensation, techniques de réafférentation proprioceptive, d'intégration psycho-motrice, de facilitation neuro-motrice, de stimulation cognitive, techniques de guidance, ...
7. Identifier les facteurs et mettre en œuvre les techniques favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie en utilisant des techniques psycho-thérapeutiques, des techniques cognitivo-comportementales, des techniques de guidance et d'accompagnement, ...
8. Utiliser les techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et l'endurance
9. Accompagner la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologiques
10. Conduire une relation d'aide thérapeutique

11. Animer et conduire des groupes selon différentes techniques, analyser la dynamique relationnelle dans le groupe ou dans le système familial
12. Faciliter l'expression par la personne de ses conflits internes lors de mises en situation

Compétence 4 :

Concevoir, réaliser, adapter et préconiser les orthèses et les aides techniques

1. Préconiser des adaptations et aménager l'environnement pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement
2. Concevoir l'orthèse appropriée en fonction de la prescription et en tenant compte de la synthèse des informations contenues dans le dossier du patient
3. Choisir les matériels et matériaux requis pour l'intervention
4. Installer la personne en vue de la fabrication d'une orthèse et mettre en place des éléments propres à la protection des téguments, à la sécurité et au confort
5. Identifier les étapes de la réalisation et fabriquer ou adapter des orthèses et aides techniques
6. Evaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage et des aides techniques et s'assurer de leur innocuité
7. Informer la personne et son entourage sur les buts, la réalisation, le suivi, la maintenance, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage orthétique, prothétique et de l'aide technique
8. Sélectionner et préconiser les aides techniques en vue de la prescription ergothérapeutique en tenant compte des résultats du recueil d'information, de l'entretien, des évaluations préalables et du projet de la personne

Compétence 5 :

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

1. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe de personnes en vue de la mise en œuvre d'activités éducatives
2. Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation
3. Concevoir, formaliser et mettre en œuvre des démarches et des actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise répondant aux besoins de la population ciblée
4. Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives et en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage
5. Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les personnes
6. Accompagner une personne ou un groupe dans un processus d'apprentissage par une information et des conseils sur les troubles fonctionnels, l'éducation gestuelle, les gestes et postures non traumatisants, la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines
7. Conseiller les aidants et les partenaires en fonction de leurs connaissances et de leur savoir-faire
8. Former à la mise en place, à l'utilisation et à la surveillance des appareillages et aides techniques, au sein de la structure puis dans le milieu ordinaire de vie

Compétence 6 :

Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie

1. Accueillir et écouter la personne ou un groupe de personnes en prenant en compte la demande, les histoires de vie et le contexte de la situation
2. Identifier les indicateurs de communication, les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion de la personne ou du groupe de personnes

3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique
4. Créer des temps d'échanges et d'analyse des situations d'intervention avec la personne ou les groupes en favorisant l'expression
5. Rechercher et développer un climat de confiance avec la personne, l'entourage ou le groupe, négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention, en vue d'une alliance thérapeutique

Compétence 7 :

Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle

1. Analyser sa pratique professionnelle au regard des valeurs professionnelles, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique
2. Evaluer les interventions en ergothérapie en fonction de la réglementation, des recommandations, des principes de qualité, d'ergonomie, de sécurité, d'hygiène, de traçabilité, et au regard des résultats de la recherche scientifique et de la satisfaction des bénéficiaires
3. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse et de l'évaluation et selon la démarche qualité
4. Développer une pratique fondée sur les preuves et liée à l'évolution de sciences et des techniques
5. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels
6. Identifier les domaines de formation personnelle à développer

Compétence 8 :

Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

1. Conduire une recherche documentaire et bibliographique en exploitant les bases de données et les réseaux locaux, nationaux et internationaux
2. Sélectionner, analyser, synthétiser les documents professionnels et scientifiques et organiser sa propre documentation professionnelle
3. Repérer les résultats de la recherche permettant d'argumenter une pratique fondée sur les preuves
4. Formaliser et rédiger les procédures, protocoles et préconisations en ergothérapie à partir de la recherche documentaire
5. Concevoir et conduire des études et travaux de recherche en équipe dans les domaines de l'ergothérapie et de la santé
6. Elaborer des documents professionnels en vue de communication orale et écrite

Compétence 9 :

Coordonner les activités et coopérer avec les différents acteurs

1. Identifier les différents acteurs intervenant auprès des bénéficiaires, et la nature de leur action
2. Initier et mettre en place des partenariats afin de mobiliser l'ensemble des ressources contribuant à l'intervention en ergothérapie
3. Coopérer au sein d'une équipe pluri-professionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale dans le cadre de son champ professionnel
4. Travailler en réseau et coordonner les actions ou les soins avec les aidants, l'équipe médicale et paramédicale, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire des projets d'intervention pertinents

5. Sélectionner, hiérarchiser et communiquer les éléments de sa pratique professionnelle à différentes catégories d'interlocuteurs au travers des outils de transmission

Compétence 10 :

Former et informer

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins
2. Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation
3. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique
4. Organiser des situations d'apprentissage
5. Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage
6. Communiquer sur sa profession en vue de la promouvoir et de valoriser son activité

Compétence 11

Gérer un service, une structure et des ressources

1. Elaborer et gérer un budget dans le cadre d'un service, d'une structure libérale ou associative
2. Etablir, suivre, archiver les éléments de gestion administrative et comptable
3. Evaluer la conformité des locaux, des installations et des matériels au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité et identifier les mesures à prendre

4. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique
5. Choisir du matériel adapté au service ou à la structure, et aux activités
6. Organiser la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks, des matériels et des consommables en recherchant notamment des informations sur les évolutions des matériels
7. Organiser les circuits de déchets
8. Organiser son planning, les rendez-vous et la répartition des activités
9. Utiliser les logiciels de gestion spécifiques (comptabilité, prise de rendez-vous, statistiques d'activité...)
10. Recruter et encadrer le personnel administratif ou d'entretien et utiliser les règles de gestion de personnel dans le cadre d'une structure libérale ou associative

1.3. Savoir-faire requis

Selon le Répertoire des métiers, les savoir-faire sont déclinés comme suit :

- Travailler en équipe et en réseau ;
- Concevoir et conduire un projet de soins, dans son domaine de compétence ;
- Définir et mettre en œuvre les soins et activités thérapeutiques adaptés au patient, relatifs à son domaine de compétence ;
- Elaborer et formaliser un diagnostic de la personne, relatif à son domaine de compétence ;
- Eduquer, conseiller le patient et son entourage dans le cadre du projet de soins ;
- Evaluer la qualité de pratiques professionnelles, dans son domaine de compétence ;
- Utiliser des matériels, des outils de diagnostic, de travail ou/et de contrôle spécifiques à son métier ;
- Transférer un savoir-faire, une pratique professionnelle ;
- Stimuler les capacités, intellectuelles, cognitives, psychomotrices, neuromotrices et sociales d'une personne ;
- Analyser, synthétiser des informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins.

1.4. Positionnement fonctionnel

« Le plus souvent membre d'une équipe pluri professionnelle (composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de travailleurs sociaux, d'acteurs de réseaux sanitaires, de techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. En tant que spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions pour rendre possible les activités de façon sécuritaire et lever les obstacles de toute personne en situation de handicap. » (Livre blanc, p. 2)

a) Spécificités du métier d'ergothérapeute

L'infirmier dispense des soins dans une relation d'aide, l'ergothérapeute se positionne en rééducateur et réadaptateur dans les activités quotidiennes de la personne. Le masseur kinésithérapeute travaille de manière analytique sur les déficiences et incapacités, l'ergothérapeute aborde la fonctionnalité dans les gestes et la prophylaxie en situation « écologique » de vie quotidienne. Le psychomotricien, travaille sur le corps en lien avec l'espace (propre et environnemental) et le psychique, alors que l'ergothérapeute travaille sur la finalité à travers des activités que peut faire le corps. Le neuropsychologue a une approche « plus laboratoire » pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques du patient. L'ergothérapeute a une approche écologique des séquelles cognitives compensées ou non compensées par des mises en situations sur le lieu de vie de la personne. L'orthoprothésiste conçoit et fabrique de grands appareillages et des appareillages articulés, l'ergothérapeute conçoit et réalise des orthèses afin d'assurer les fonctions préventive, curative, palliative, parallèlement ou en complément d'un travail de rééducation et de réadaptation. L'aide soignante applique les recommandations et conseils de l'ergothérapeute auprès du patient (ex : apprentissage d'un nouveau geste développant l'autonomie, utilisation d'une aide technique spécifique au handicap de la personne). L'assistante sociale intervient également dans le but de l'amélioration des conditions de vie des individus sur le plan socioéconomique. Enfin, l'ergonome travaille essentiellement sur des postes de travail, sur les conditions environnementales, alors que l'ergothérapeute, se concentre essentiellement sur l'interaction entre le patient, la santé et l'environnement, en tenant compte de sa pathologie et de l'évolution à venir. Il prend en compte la problématique de la pathologie de ses capacités et performances et la met en adéquation avec l'étude du poste de travail.

1.5. Profil

Les ergothérapeutes doivent, pour pouvoir exercer, disposer du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

1.6. Recrutement

1.6.1. Etat actuel du marché du travail

Le rapport 2005 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé met en évidence l'augmentation du nombre de professionnels : 50% depuis 2000. Il n'en demeure pas moins que le nombre d'ergothérapeutes ne permet pas de répondre aux besoins croissants de santé.

L'article R.4331-1 du code de la santé publique prévoit l'exercice de la profession en établissements à caractère sanitaire ou médico-social, sans faire mention de l'exercice libéral. Cependant, bien que non répertoriés dans leur totalité au répertoire Adeli, il existerait trois cents ergothérapeutes exerçant en secteur libéral, dont les actes ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. La majorité a signé une charte représentant un cadre de pratique déontologique.

Les ergothérapeutes sont au nombre de 6.438 en Métropole au 1^{er} janvier 2008, dont près de 86% de femmes. La densité de ces professionnels sur le territoire français est en constante augmentation, avec une concentration plus forte en région Ile-de-France.

Libéraux	Salariés hospitaliers	Autres salariés	Hommes	Femmes	Total
209	4.185	2.044	899	5.539	6.438
3,25%	66,25%	32%	14%	86%	100%

Source : DREES, Séries statistiques « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2008 »

1.6.2. Pratique actuelle de recrutement

Les ergothérapeutes sont à plus de 66% salariés hospitaliers. Ils travaillent principalement dans les domaines d'activité suivant : médecine physique et de réadaptation, psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte ainsi que la géro-psycho-physiologie, la réhabilitation sociale (préconisations d'aménagements, d'aides techniques, d'aides humaines, ainsi que les expertises).

« L'assouplissement des règles de libre circulation dans l'espace européen permet à certains établissements de recruter davantage d'ergothérapeutes étrangers, sans que l'ampleur de ce phénomène n'atteigne celle constatée pour les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes. » (Livre blanc, p. 3).

Les politiques de santé et les nouvelles réglementations demande davantage d'ergothérapeutes dans le tissu sanitaire, médicosocial et social. Le développement de l'offre dépasse aujourd'hui celui du potentiel de formation, créant une situation de pénurie. Les premiers départs à la retraite se font sentir également.

1.7. Formation initiale et continue

a) Formation initiale

En 2004, la DREES recense 1.032 élèves inscrits dans les huit écoles d'ergothérapeutes, dont 90% de femmes. La même année, 311 personnes ont été diplômées.

« Jusqu'à présent, il y a en moyenne en France 350 nouveaux diplômés chaque année, et une centaine en Belgique venaient s'y ajouter. Cependant, le changement de législation belge occasionne une baisse brutale du nombre d'ergothérapeutes français formés dans ce pays et donc du nombre global de nouveaux professionnels disponibles sur le marché » (Livre blanc p. 3).

Depuis près de 30 ans, aucun institut de formation en ergothérapie n'a été créé et agréé en France. Or, le marché de l'emploi montre pour la première fois depuis 20 ans un réel déficit de professionnels tant au niveau des ergothérapeutes que des cadres.

b) L'offre de formation continue

Les ergothérapeutes accèdent à des formations techniques et peuvent accéder à des formations leur permettant de prétendre à des postes de cadre et de chargés de mission dans le domaine du handicap.

1.8. Parcours et passerelles

L'évolution la plus courante consiste à devenir cadre de santé, cadre d'unité d'intervention sociale, formateurs et chargés de mission dans le domaine du handicap.

2. Les facteurs d'évolution impactant le métier

Il est à noter que des facteurs d'évolution sont déjà à l'oeuvre.

2.1. Evolution démographique

2.1.1. Le vieillissement de la population alimente un besoin important d'ergothérapeutes, en particulier dans le cadre de l'organisation des soins à domicile

a) Problématique

Le vieillissement de la population et l'orientation vers un maintien au domicile a un impact très important sur la profession avec une demande d'ergothérapie qui va augmenter significativement dans les années à venir en gérontologie. Une grande pénurie de ces mêmes professionnels est à prévoir. Si le nombre d'étudiants n'augmente pas (ouverture d'IFE) ce déficit sera préjudiciable aux orientations de la politique de santé en termes de maintien à domicile.

La gestion de la grande dépendance des personnes âgées induit de nouvelles actions. L'avance des autres pays facilite l'étude et la prospection des activités à venir. C'est le cas notamment du Canada. Concernant l'expertise des ergothérapeutes pour l'aménagement de l'environnement et les aides techniques, la circulaire DHOS/02/03/UNCAM n°2007-197 du 15 mai 2007 précise dans le cadre des réseaux de santé « personnes âgées » : « *Une compétence d'ergothérapeute doit également être recherchée lorsque l'aménagement de l'habitat est nécessaire* ».

Il est à noter que si les professionnels ne sont pas assez nombreux, ils risquent d'être cantonnés à la problématique de l'âge, au détriment des autres pratiques de réinsertion.

La fidélisation des ergothérapeutes dans la FPH est un enjeu incontestable pour les années à venir. La pénurie de professionnels, la mauvaise représentation du travail hospitalier et de ses conditions d'exercice, rend l'offre de soins en ergothérapie de plus en plus précaire dans ce type d'établissement.

b) Nature de l'impact

- L'impact est principalement quantitatif : les évolutions démographiques se traduiront par un accroissement de la demande en services d'ergothérapie.
- Il est essentiel de réfléchir maintenant à l'attractivité et à la fidélisation des ergothérapeutes dans la FPH afin de pérenniser cette activité.
- Par ailleurs, la problématique de la dépendance accrue des personnes âgées et de la spécificité de leurs besoins nécessite principalement de l'accompagnement et de la réadaptation plus que de la rééducation.

2.1.2. Un personnel relativement jeune

La profession s'avère massivement jeune, ce qui fait que ce facteur n'affecte pas le métier dans la FPH. Cependant, cette population est massivement féminine avec beaucoup de demandes de temps partiel en plus des besoins croissants, ce qui fait que le besoin de professionnels risque d'augmenter encore davantage.

2.2. Evolution de la demande de santé

2.2.1. Des patients de plus en plus demandeurs d'information et soucieux de la qualité des services

a) Problématique

L'implication croissante des usagers et de leur entourage dans leur prise en charge a une incidence dans le nombre de postes à créer ou à développer.

En réadaptation une demande de solution instantanée génère une exigence plus pressante. L'accès à l'information des usagers est un facteur supplémentaire qui renforce ce phénomène.

Les usagers demandent souvent les comptes rendus de l'intervention ergothérapique, par exemple de l'expertise de l'habitat et des modes de vie. Ceci a fait évoluer le métier en raison d'une formalisation accrue des activités vers plus d'écriture, plus de réflexion professionnelle et plus d'évaluation des pratiques professionnelles.

Le grand public commence à être sensibilisé à la profession d'ergothérapeute et recherche de plus en plus ce professionnel à proximité de son lieu de vie. En cabinet, le nombre de demande de prise en charge à la sortie d'hospitalisation est croissant depuis quelques années et va augmenter avec la connaissance de la profession. Mais la profession ne peut répondre correctement faute de nomenclature d'actes et de remboursements systématisés.

b) Nature de l'impact

Ce facteur se traduira par une évolution croissante de la demande sociale tout particulièrement pour certaines populations vivant des situations complexes rendant la relation au patient et à son entourage primordiale.

2.2.2. Emergence et renforcement de certains domaines d'activité

a) Problématique

La **réadaptation professionnelle** se développe, même si pour l'instant la demande est supérieure au nombre d'ergothérapeutes sur le terrain.

Les accidents de travail et les arrêts maladies sont nombreux. Les derniers rapports à propos des troubles musculo-squelettiques vont dans ce sens. L'indication de reprise du travail se base essentiellement sur cette évaluation ergothérapique, aussi bien que sur les capacités de la personne, en toute connaissance de sa ou ses pathologies, mais aussi sur l'évaluation des postes, tâches et conditions de travail et les performances de la personne. Les médecins du travail sont de plus en plus demandeurs de l'expertise ergothérapique.

Certains chefs d'entreprise demandent à des ergothérapeutes de former leurs personnels pour diminuer l'incidence des pathologies liées à l'exercice professionnel, ou encore pour aider l'accès au travail des personnes handicapées, on est ici dans la formation et les préventions primaires et secondaires et dans la volonté de prévention des troubles musculo-squelettiques.

Les **enfants** ne bénéficient pas assez de ces compétences, qui permettent d'évaluer et compenser les manques liés au handicap (troubles des apprentissages, troubles du comportement, autismes...).

Notamment avec la loi de février 2005 qui permet l'intégration scolaire des enfants présentant un handicap dans leur milieu de vie. Il est alors indispensable de mettre en place des adaptations spécifiques, que l'ergothérapeute propose et valide dans l'école de l'enfant, car l'enseignant de l'éducation nationale n'a pas ces connaissances. Ces adaptations sont

indispensables aux acquisitions scolaires, mais les enfants en bénéficient peu car l'ergothérapeute n'est pas assez accessible en milieu ordinaire de vie.

En **neurologie**, l'ergothérapie favorise la récupération des capacités en vue du transfert des acquis dans la vie quotidienne. En institution, l'expertise en évaluation et rééducation de l'ergothérapeute permet d'élaborer des mises en situations réelles permettant l'utilisation du potentiel d'autonomie du patient. Il peut ainsi mettre en place en lien avec l'équipe, un projet de sortie en ayant au mieux évalué les besoins en aides humaines et en aides techniques, en mettant en place des stratégies de compensations efficaces et si nécessaire en concevant un aménagement le domicile. En service de soins aigus, l'activité d'ergothérapie est encore trop peu présente : actuellement le patient neurologique bénéficie uniquement de ce service s'il passe par un service de rééducation.

Dans le domaine du **traumatisme crânien**, on constate un net essor, notamment en raison de la circulaire de 1996, de l'intervention dans tous les stades (éveil, rééducation, réadaptation, réinsertion...) et du fait qu'il s'agisse d'un métier pivot au carrefour des sciences médicales, sociales et techniques. L'ergothérapeute est utile et présent à tous les niveaux de l'accompagnement.

En **rhumatologie, traumatologie et orthopédie** les demandes d'éducation thérapeutique et de prévention ne sont pas développées à l'adresse des ergothérapeutes alors que ceux-ci sont en capacité d'y répondre dans l'objectif améliorer la qualité de vie des personnes de manière indéniable.

De nouveaux domaines font leur apparition dans lesquels l'ergothérapeute est qualifié, entre autres celui du trouble des apprentissages, du positionnement, de l'éducation à la santé, des nouvelles technologies, de la coordination de réseau.

b) Nature de l'impact

Ces évolutions viennent renforcer, sur le plan quantitatif, la tendance à l'essor de la demande en services d'ergothérapie. Cet impact quantitatif peut être accompagné d'impacts qualitatifs, avec l'émergence potentielle de domaines de spécialisation pour les professionnels de l'ergothérapie, avec le développement de compétences spécifiques, propre à ces champs d'activités.

2.3. Évolution de l'offre : une place stratégique dans la coordination des soins

a) Problématique

Il existe un nombre croissant de demandes d'accompagnement des usagers sortants pour évaluation, rééducation, réadaptation et suivi des accompagnements, d'autant que les durées moyennes de séjour sont de plus en plus courtes. Dans cette perspective, l'hôpital a un rôle essentiel dans l'évaluation, la coordination et la recherche. Il doit s'articuler avec le réseau extrahospitalier en ergothérapie qui a pour mission de prendre le relais hors des murs. Celui-ci peut être une équipe mobile, une association, ou des ergothérapeutes libéraux. Mais il existe une très grande disparité territoriale, avec notamment un nombre d'ergothérapeutes libéraux trop faibles.

Dans le cas d'une prise de relais par une autre équipe que celle de l'hôpital pour le maintien au domicile, se pose le problème de la coordination et de la transmission d'informations afin qu'il y ait une cohérence de la prise en charge.

En SSIAD, le travail avec le médecin traitant est important, mais il est essentiel d'améliorer les connaissances de ce professionnel et la coordination avec lui et les autres professionnels de santé intervenant au domicile.

Toutefois, l'absence de nomenclature pousse les hôpitaux et cliniques à abandonner les évaluations en milieu ordinaire de vie et les mises en situation en dehors de l'établissement par l'ergothérapeute malgré l'efficacité reconnue scientifiquement, car cette activité ne possède pas de traduction financière.

Beaucoup d'actes réalisés aujourd'hui sont appelés à disparaître s'ils ne sont pas pris en compte dans les modes de financements actuels. Les consultations à domicile, celles non cotées, sont considérées comme génératrices de charges et non de recettes par les institutions. Il existe un véritable problème du repérage des actes des ergothérapeutes qui ne disposent pas de nomenclature d'actes.

b) Nature de l'impact

- les pratiques de recrutement mais aussi la politique de fidélisation sont affectés du fait de la concurrence entre les établissements, certains étant plus attractifs que d'autres (meilleure rémunération, plus grande opportunité d'évolution, condition de travail...)
- les ergothérapeutes devront exercer de plus en plus dans des centres avec des équipements mutualisés ;
- Le positionnement de l'ergothérapeute pourrait changer, avec la nécessité de sortir de l'hôpital, afin de travailler de plus en plus sur les lieux de vie des personnes. Ce repositionnement impliquerait par ailleurs une intégration des ergothérapeutes au sein d'équipes de Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), de Service d'Accompagnement à la vie sociale (SAVS), de Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes handicapés (SAMSAH), de Service de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile (SSESAD)... Cette évolution demeure cependant conditionnée par des facteurs d'ordre financier (prise en charge de ces soins complexes, les soins à domicile étant en grande mesure à la charge des départements) et de tarification.
- L'exercice en libéral se développera.

2.4. Évolution des pratiques de soins

a) Problématique

Le travail des ergothérapeutes s'oriente clairement dans le milieu ordinaire de vie des usagers. Par ailleurs, le public concerné est davantage touché par des polyhandicaps, en perte progressive d'autonomie et sans perspective de guérison, nécessitant donc un accompagnement plus lourd.

L'augmentation des consultations spécifiques favorise la spécialisation du métier. Ainsi se mettent en place des consultations sur des maladies spécifiques, sur l'équilibre, la marche, les troubles des apprentissages, le positionnement, les troubles musculo-squelettiques, etc. qui nécessitent une prise en charge de proximité dans le milieu ordinaire de vie.

b) Nature de l'impact

L'impact porte surtout sur des compétences hétéroclites à acquérir : technicité et dimension relationnelle accrues, travail en coopération et coordination, prise en charge globale et humaine des bénéficiaires...

2.5. Évolution des technologies médicales

Ce facteur ne semble pas impacter de manière significative l'évolution du métier, hormis l'accès à l'information dans les établissements grâce aux réseaux plus performants (internet, intranet).

2.6. Évolution médico-économique

a) Problématique

L'accompagnement du handicap, ainsi que le soin, relèvent à la fois du champ sanitaire et du champ médico-social. L'ergothérapeute se trouve à l'interface de ces deux champs. Ce positionnement soulève des questions complexes de financement – dont l'issue reste à ce jour difficile à prévoir. Le financement du secteur sanitaire dépend en effet essentiellement de l'Etat, tandis que celui du secteur médico-social dépend principalement des Conseils généraux. Les possibilités de répondre à la demande croissante en services d'ergothérapie dépendent donc étroitement des possibilités financières et des projets de chacun de ces acteurs et de leur coordination.

b) Nature de l'impact

La situation actuelle et, vraisemblablement, à venir, se caractérise par le manque de moyens financiers, aussi bien pour l'Etat que pour les collectivités territoriales, mais aussi de coordination entre les politiques sanitaires et sociales. Ce manque est susceptible de freiner le développement de l'ergothérapie.

2.7. Évolution de l'organisation interne

2.7.1. La mise en place des pôles affecte le rapport des ergothérapeutes à l'hôpital

La mise en place des pôles relève du besoin de mutualiser les compétences des professionnels de santé pour optimiser les prises en charge. Les ergothérapeutes ont alors été repositionnés comme prestataires de services dans certains hôpitaux.

a) Problématique :

L'organisation en « services prestataires » a réduit l'implication des rééducateurs dont celle des ergothérapeutes. On assiste ainsi à une « mise à mal » de l'équipe pluridisciplinaire dans le projet de soins.

Cette notion de prestation fait appel à une action ponctuelle, limitée et non pas à l'ensemble des compétences nécessaires pour une intervention de qualité.

b) Nature de l'impact

- Les compétences de coordination et de coopération de l'ergothérapeute pourraient se développer encore davantage.
- La prise en compte des rééducateurs et de leurs objectifs spécifiques risque d'être noyée dans des projets orientés spécifiquement vers les soins vitaux.

2.8. Évolution technologique

2.8.1. Les partenariats avec l'industrie se développent

a) Problématique

La participation d'ergothérapeutes à la recherche et développement, ainsi qu'au développement de nouveaux matériaux et à la conception d'appareils assistés par ordinateur tend à croître.

De nombreux ergothérapeutes travaillent dans la distribution de matériels spécialisés. En

raison du cadre législatif, les entreprises de distribution pourraient préférer l'embauche de masseur kinésithérapeute et d'infirmier au détriment de l'emploi des ergothérapeutes pourtant experts en matière des aides techniques.

De par leurs connaissances plus poussées, les ergothérapeutes sont amenés à formuler et/ou modifier les prescriptions médicales d'aides techniques.

b) Nature de l'impact

- Le partenariat entre ergothérapeutes et industriels se développe.
- Le dispositif législatif pourrait raréfier la présence d'ergothérapeutes dans la distribution de dispositifs médicaux et d'aides techniques.
- L'inadéquation entre le besoin réel et la prescription médicale des aides techniques en l'absence du recours aux ergothérapeutes peut entraîner une mise en danger, une non observance et des coûts inutiles.

2.8.2 Des liens avec la recherche se consolident

Beaucoup des structures et de banques de données permettent d'anticiper et d'accompagner l'évolution des matériaux et des technologies. Le développement de la robotique et de l'informatisation exige une actualisation des connaissances.

La mise en place d'une démarche de recherche avec la réalisation d'un mémoire pour le DE permet aux nouveaux diplômés d'être formé à cette orientation.

Une sensibilisation à la recherche clinique est réalisée dans les instituts de formation et dans les écoles de cadres. Les passerelles pour intégrer le milieu universitaire sont à développer pour faciliter ce travail de recherche, entre autres l'inscription dans le système LMD.

2.9. Évolution des politiques de qualité et de gestion des risques

a) Problématique

Un besoin de suivre les traces des activités se fait fortement sentir. La validation des pratiques est très lourde à réaliser. Écrire des procédures aiderait beaucoup à l'implantation de ces professionnels.

Les activités d'ergothérapie sont de plus en plus limitées pour des raisons d'hygiène et de sécurité (cuisine, activités ludiques et artisanales, adaptation posturale...). L'utilisation de mousses découpées, de colles... sont écartées de l'utilisation.

b) Nature de l'impact

Les outils de contrôle et d'évaluation des activités devraient occuper une place croissante dans les activités des ergothérapeutes. Par ailleurs, leurs responsabilités dans les activités médico administratives pourraient augmenter et sont d'ores et déjà engagées (PMSI et T2A).

2.10. Évolution des dispositifs de formation initiale et continue.

a) Problématique

Le programme de formation date de 1990. La signature des accords de Bologne incite la

France à se positionner vis-à-vis des exigences du système universitaire Licence – Master - Doctorat. Le processus de Bologne vise à créer un espace européen de l'enseignement supérieur, cohérent, compatible et compétitif qui soit attractif pour les étudiants européens et pour les étudiants des autres continents. Dans le projet élaboré par ENOTHE et COTEC selon la méthodologie Tuning (convergence des structures éducatives en Europe) est définie une partie des lignes d'action du processus de Bologne, notamment l'adoption d'un système facilitant la lisibilité et la comparabilité des diplômes, la mise en place d'un système de crédits (ECTS). Ce projet définit les programmes de formation de l'enseignement supérieur en résultats d'apprentissage et compétences acquises.

En Europe, la liberté de circulation pour les étudiants, les enseignants et les professionnels est rendue complexe, du fait de la non compatibilité des diplômes et des différences de grade universitaire entre les pays. L'accès à l'exercice pour des ergothérapeutes formés hors communauté européenne est difficile. Les réponses ministérielles sont tardives et incomplètes le plus souvent.

Le besoin d'un système permettant la progression sociale, notamment à travers la Validation des Acquis de l'Expérience et la formation est totalement légitime et valorisé par les ergothérapeutes. Le système LMD peut valoriser les formations continues et permettre un développement de carrière complet : cadre de santé, master, doctorat, habilitation à diriger des recherches, diverses spécialisations.

Le contenu de la formation initiale est en constante évolution en raison de l'actualisation permanente de celui du métier. La notion d'accompagnement, l'introduction du mémoire avec une initiation à la recherche, la loi de 2005, la classification internationale du fonctionnement (CIF) font évoluer, tant le contenu, que les méthodes de formation.

Le référentiel du diplôme d'ergothérapeute est par ailleurs en cours de réforme.

La formation continue a été fortement améliorée, grâce aux associations de la profession. Bien qu'il soit difficile de trouver les enseignants pour l'assurer, c'est une activité de plus en plus demandée. Une aide formative à la pédagogie et à l'écriture des articles scientifiques devrait être accordée aux professionnels.

La formation cadre se révèle être un bon appui pour décroiser les professions de santé, stimuler la recherche et, indirectement, améliorer la prise en charge des patients. A ce jour, 11 IFCS forment des ergothérapeutes.

La présence croissante des formateurs étrangers fait qu'ils apportent leurs pratiques professionnelles (techniques de positionnement du Canada, techniques de traitement de la spasticité de l'Australie, intégration sensorielle des Etats Unis...).

b) Nature de l'impact

- L'impact serait ici avant tout quantitatif (hausse potentielle du nombre de personnes formées).
- La perspective de création de parcours de formation et de passerelles entre les métiers modifieront les programmes et modalités de formation.
- Par ailleurs, ces évolutions des dispositifs de formation initiale et continue devraient faciliter la mobilité des ergothérapeutes et les opportunités d'observer des pratiques et des modalités d'organisation du travail différentes à l'étranger.

3. Les caractéristiques du métier en prospective horizon 2015

3.1. Évolution de l'activité

3.1.1. Un accroissement des activités sur les lieux de vie des personnes

Le métier d'ergothérapeute occupera une place centrale dans les dispositifs de soins et d'accompagnement à domicile, quelles que soient l'ampleur et les formes concrètes que ces ceux-ci prendront.

De ce fait, les activités liées à la coordination des actions et à la coopération avec d'autres professionnels de la santé, mais aussi de l'action médico-sociale, se développeront.

3.1.2. Des publics de plus en plus spécifiques et diversifiés

La demande sociale en services d'ergothérapie connaîtra une croissance certaine, liée au vieillissement de la population.

Cependant, d'autres besoins se font ressentir : interventions dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé, auprès du grand public, dans les entreprises, interventions auprès d'enfants et adultes handicapés, etc.

Le cas du troisième et quatrième âge illustre bien cette évolution des activités, dans la mesure où les publics concernés ne s'inscrivent pas dans un processus de guérison ou de rééducation, mais a davantage besoin d'un accompagnement pour faire face à une perte d'autonomie progressive et irrévocable. De ce fait, en plus des activités d'ergothérapie à proprement parler, des activités relationnelles occuperont une place importante (relations avec la famille, etc.).

La demande devrait donc connaître une diversification croissante. Cette évolution n'a pas d'impact décisif sur le contenu de base des activités des ergothérapeutes ; par contre, elle peut impliquer des formes de spécialisation ou pour le moins d'approfondissement des savoir-faire propres à ces publics spécifiques.

3.1.3. Vers un accroissement de la technologie et des activités de contrôle de la qualité

Les activités d'évaluation, de sécurité et de contrôle de la qualité vont prendre une place croissante dans le travail des ergothérapeutes. Il s'agit là d'une évolution générale dans le domaine de la santé et du médico-social (évaluations des pratiques professionnelles, etc.), mais qui peuvent revêtir des formes particulières dans le cas des ergothérapeutes du fait de la complexité des modalités de financement des interventions à domicile notamment.

3.2. Évolution des compétences requises

Le métier devrait probablement aller vers un exercice moins généraliste et le développement d'une spécialisation nécessaire dans un domaine en particulier : psychiatrie, déficience visuelle, handicap enfants, etc. Ceci explique les besoins importants en formation continue, et la création et l'accès à des DU, DIU et Masters.

3.3. Évolution du positionnement fonctionnel

Dans la mesure où les financements permettraient un développement des soins à domicile, l'ergothérapeute pourrait bénéficier d'une meilleure visibilité, notamment par rapport aux

autres métiers impliqués dans la prise en charge des patients, d'un meilleur positionnement et d'une meilleure reconnaissance, en particulier dans les domaines de l'évaluation, de l'adaptation et de l'accompagnement thérapeutique.

3.4. Évolution du profil

Le profil des ergothérapeutes devrait, en soi, peu changé : les compétences techniques mobilisées demeureraient globalement les mêmes. L'évolution principale demeure quantitative (importants besoins de services d'ergothérapeutes) – évolution hypothétique, car dépendant des moyens financiers disponibles à moyen terme.

3.5. Problématique du recrutement

Actuellement, une pression à l'accroissement des recrutements est exercée par une demande sociale en développement ; la diminution relative des possibilités de recrutement de personnel étranger (cf. la limitation récente du nombre d'étudiants étrangers dans les écoles belges) vient renforcer ces besoins.

Toutefois, les possibilités effectives de recrutement dépendront de l'évolution de l'offre de soins et de services, et plus précisément de la capacité et de la volonté de l'Etat et, plus encore, des Conseils généraux, à répondre à cette demande. Ainsi, deux scénarii apparaissent :

- Si l'offre s'accroît, les emplois en ergothérapeutes croîtront et le flux actuel de diplômés (350 à 400 par an selon les années) devra être augmenté en conséquences ;
- Si l'offre stagne, le flux actuel d'ergothérapeutes entrant sur le marché du travail pourrait être stabilisé.

3.6. Besoins futurs en formation initiale et continue

Complémentaire à la réforme du programme des études et à son harmonisation dans un contexte européen, les dispositifs de formation ne répondent plus aux besoins des ergothérapeutes : il y a nécessité de développer la formation par la recherche, l'apprentissage par problème, la maîtrise d'une langue étrangère afin de bénéficier des travaux scientifiques des divers pays et de faire évoluer les pratiques professionnelles vers le plus haut niveau d'efficacité et de qualité. À terme, les ergothérapeutes doivent intégrer une pratique fondée sur les preuves.

3.7. Développement de passerelles et parcours professionnels

Il n'existe pas à proprement parler de passerelle vers d'autres métiers. Toutefois, l'Union interprofessionnelle des associations de rééducateurs et médico-techniques (UIPARM) réfléchit à des passerelles vers les divers métiers de la rééducation ou du soin, et ce dans le cadre de la réingénierie des diplômes. De plus, certains ergothérapeutes valorisent le développement de parcours professionnels. Ils soutiennent la possibilité qu'à travers ceux proposés aux métiers de niveau V (Aide soignant, Assistant de gérontologie, Aide médico-psychologique...) ils puissent accéder au métier d'ergothérapeute et pas seulement à la filière classique infirmière.

4. Les enjeux et pistes d'action pour accompagner l'évolution du métier

Des groupes de travail mobilisant des personnes ressources expertes se sont réunis afin de proposer des pistes d'action. Celles-ci figurent en annexe. Ces propositions doivent en effet être préalablement soumises à une discussion paritaire au sein de l'ONEM, afin de recueillir des avis et propositions complémentaires.

4.1. Enjeu de renforcement de la connaissance des activités des ergothérapeutes par leurs partenaires

4.2. Enjeu de la valorisation des actes en ergothérapie

4.3. Enjeu de l'amélioration de l'accès des personnes en situation de handicap aux actes d'ergothérapie

4.4. Enjeu du développement de la recherche paramédicale sur les traitements non médicamenteux

4.5. Enjeu de la démographie professionnelle

4.6. Enjeu de l'attractivité et de la fidélisation des ergothérapeutes dans la fonction publique hospitalière

Références bibliographiques

AFM, CNSA, FCE, HAS, *Rapport de la commission d'audition publique : Acquisition d'une aide technique : quels acteurs ? Quels processus ?* Mai 2007

Article L114 de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Bertrand X., *Présentation du projet de loi sur le Vème risque*, Mai 2008

DGAS, *Prestation de compensation- Vade-mecum- version 2*, Mars 2007

DHOS, Fiche métier de la FPH

Flajolet A., *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*

HAS, *Rapport sur les pratiques actuelles de coopération*, Analyse des témoignages des professionnels de santé, Novembre 2007.

Larcher G., *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*

Menard J., *Plan Alzheimer 2008-2012*, Février 2008

Molinié E., *L'hôpital public, bilan perspectives conseil économique et social*, Avril 2005

Organisation Mondiale de la Santé, *Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé*, Janvier 2001

Secrétariat d'Etat à la solidarité, *Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes*, Février 2008

SYNERGO (2008), *Livre blanc de l'ergothérapie. 10 propositions des ergothérapeutes pour une réponse adaptée aux besoins de santé de la population française*, SYNERGO, 36 p.

Thoumie P., *Recherche technologique et diffusion de l'innovation au service du handicap*, Octobre 2003

Personnes ayant participé à ce travail

Eric TROUVÉ, Ergothérapeute, Cadre de Santé exerçant en service MPR - AP-HP (92), Président de l'ANFE

Henri ABOIRON, Masseur Kinésithérapeutes, Cadre de Santé, Chargé de mission, Union de Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie d'Île de France

Cécile BERNIER, Ergothérapeute, CMPR La Croix Rouge française (44) et UEROS ARTA.

Françoise DUCROS, Ergothérapeute, Cadre de Santé, exerçant à Paris en service de soins à domicile

Jean-Philippe GUIHARD, Ergothérapeute, Cadre supérieur de rééducation en santé mentale et médico-social, AHB – (22)

Pascal GUILLEZ, Ergothérapeute, Cadre de Santé, Directeur de l'IFE de Berck sur mer, Vice président de l'ANFE chargé du développement scientifique.

Hélène HERNANDEZ, Ergothérapeute, Cadre de Santé, Directrice de l'IFE de l'Université Paris XII, Vice-présidente de l'ANFE chargée de la formation

Anne HOUDANT, Ergothérapeute exerçant en gériatrie AP-HP (75)

Stéphane MATHIEU, Ergothérapeute en santé mentale (55)

Fabrice NOUVEL, Ergothérapeute exerçant en gériatrie, Président de l'AFEG (30)

Guillaume PELE, Ergothérapeute, Cadre de Santé, exerçant en réadaptation professionnelle (54)

Frédéric PLATZ, Ergothérapeute, Cadre de santé en santé mentale (55)

Bénédicte PONCHON, Ergothérapeute libérale (91)

Chantal TAILLEFER, Ergothérapeute, Cadre de santé exerçant en service MPR - AP-HP (75)

Contributions des participants aux Premières Assises Nationales de l'Ergothérapie, organisée par l'ANFE, le 04 avril 2008, Paris.*

Contributions des participants à la XIIe Journée Nationale d'Étude et de Réflexion de l'UIPARM (Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques), sur l'évolution des métiers paramédicaux, le 1^{er} février 2008, Paris.

Annexe – Contribution des groupes d'experts pour les pistes d'action

Enjeu de renforcement de la connaissance des activités des ergothérapeutes par leurs partenaires

Problématique

En ergothérapie, la méconnaissance du métier pose des problèmes en termes de positionnement fonctionnel et de prescriptions. L'ergothérapeute travaille sur prescription médicale en établissement sanitaire et médico sociaux. Mais si le prescripteur ne connaît pas les compétences des ergothérapeutes, il ne peut prescrire correctement.

Les ergothérapeutes ont une compétence dans le domaine des aides techniques, dans la mesure où ils prennent en considération à la fois les capacités de la personne, les habitudes de vie, l'environnement naturel et humain et le projet de vie. Ils favorisent ainsi l'appropriation par l'utilisateur de l'aide technique par un entraînement efficace en situation. Malgré cette expertise, ce sont les médecins qui prescrivent les aides techniques, le plus souvent après évaluation et conseil de l'ergothérapeute.

Lorsque l'évaluation ergothérapique n'a pas été réalisée préalablement à la délivrance d'aides techniques, on constate un taux important de non observance par inadéquation et non apprentissage, voire une mise en danger de l'utilisateur. Il paraît donc important de lutter contre ce gaspillage et les risques encourus par l'utilisateur en évitant les mauvaises indications quand l'acquisition n'a pas été orientée par des professionnels de santé qualifiés.

Pistes d'action

- Valoriser la profession d'ergothérapeute en développant la communication autour de cette pratique
- Faciliter la création de structures d'informations, de formations et de prêts d'aides techniques avec un accompagnement d'ergothérapeutes proposant des dispositifs personnalisés et individualisés ;
- Développer la coopération voire la délégation de prescription entre médecins et ergothérapeutes.

Enjeu de la valorisation des actes en ergothérapie

Problématique

Les réformes hospitalières issues des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » ont introduit de nouvelles modalités d'allocation des ressources des établissements de santé. Basées sur un objectif de convergence entre public et privé, elles s'appuient sur la valorisation financière de l'activité réellement produite et poussent les cadres à devenir des gestionnaires d'unités de productions de soins. Les établissements doivent ainsi justifier les ressources qui leur sont versées pour leur fonctionnement.

Dès lors, les établissements se trouvent gênés pour quantifier et qualifier l'activité des ergothérapeutes, car ces professionnels ne possèdent pas de nomenclature d'actes.

Dans les services de Soins de Suite et de Réadaptation avec la T2A et bientôt en Psychiatrie

avec la VAP, les systèmes d'allocation de ressources utilisent un recensement global de l'activité (via les nomenclatures PMSI ou EDGAR actuellement). Mais seule une partie de l'activité réalisée par les ergothérapeutes est y comprise, car le PMSI utilisé pour la facturation en SSR ne couvre pas toute l'activité d'ergothérapie aujourd'hui, particulièrement les actes de réadaptation et réinsertion, comme les évaluations faites en milieu ordinaire de vie. Les établissements n'ont donc qu'en partie la possibilité de traduire en revenu l'activité ergothérapeutique.

Pistes d'action

- Mettre en place des instruments de mesure cohérents permettant de construire les projets de soins, facturer l'activité, évaluer leur performance par rapport à leurs objectifs et se comparer à leur environnement afin de les aider à prendre les meilleures décisions (outil de gestion et de comptabilité) ;
- Etablir un système complémentaire au PMSI de la T2A permettant de pouvoir la valoriser financièrement de manière complète, la nomenclature étant l'outil privilégié puisque utilisée pour les autres professions ;
- Développer les échanges, établir une méthode concertée de travail en commun entre les différents professionnels sociaux et de santé concernés et créer des outils de liaisons pour de meilleures transmissions entre les services.

Enjeu de l'amélioration de l'accès des personnes en situation de handicap aux actes d'ergothérapie

Problématique

Les demandes en services d'ergothérapie s'accroissent ; la demande de l'utilisateur évolue, car elle est mieux informée, plus exigeante et renvoie à une vision différente de la qualité de vie et du bien-être. Toutes ces évolutions appellent une approche et une démarche de soins spécifiques, assidue et prolongée. L'enjeu médico-social de l'organisation de la sortie de l'hôpital et de l'éventuel retour à domicile devient crucial, tout comme le retour à la scolarité ou au travail après un séjour hospitalier. Il conduit à reconsidérer l'articulation entre vie personnelle et vie en société en respectant les projets de la personne et les données nouvelles causées par le traumatisme ou la maladie.

Dans cette perspective, les ergothérapeutes peuvent voir leur rôle se renforcer au sein de l'hôpital et « en ville », à proximité des usagers ; mais cela implique une meilleure reconnaissance de leurs fonctions et activités.

Pistes d'action

- Améliorer le service à l'hôpital : mise en place d'un diagnostic ergothérapeutique, sensibilisation des médecins aux missions de l'ergothérapeute afin d'aboutir à des prescriptions adaptées, accroître la prise en compte de la dimension psychosociale et environnementale de la personne dans la prise en charge. Augmenter le nombre d'ergothérapeutes pour répondre aux besoins.
- Améliorer le service à domicile et le service en milieu ordinaire, en développant les programmes transitionnels de réentraînement à la vie active.
- Favoriser la présence d'ergothérapeutes dans des structures extra institutionnelles de proximité (HAD, SSIAD, SAVS, SAMSAH...) et en libéral en développant des modes de financement adaptés

Enjeu du développement de la recherche paramédicale sur les traitements non médicamenteux

Problématique

La recherche est un préalable pour offrir des prestations inscrites dans une démarche de qualité et d'évolution permanente. En matière de santé, la recherche ne peut être limitée qu'aux seules interventions thérapeutiques médicamenteuses. Malgré l'impulsion des autorités publiques, telle que la Haute Autorité de Santé, la démarche scientifique reste minoritaire dans les prestations de santé non médicamenteuses. Or, celles-ci représentent une part grandissante des actions sanitaires et concernent la majorité des professions paramédicales dont les ergothérapeutes.

En France, la recherche en ergothérapie reste très limitée compte tenu du très faible nombre de professionnels accédant aux programmes de formation et de recherche universitaires.

La démarche de pratique probante s'étend à l'ensemble des activités sanitaires au-delà même des interventions thérapeutiques puisqu'elle intègre les interventions de prévention, d'éducation de préconisation et de conseil. Ces interventions concernent les prestations d'ergothérapie et doivent y imposer la même rigueur méthodologique et scientifique.

Enfin, dans le cadre d'une réflexion internationale, les sciences de l'Activité Humaine font aujourd'hui partie intégrante des domaines de recherche dans de nombreux pays ; la France affiche un retard considérable dans ce champ de la recherche et de la formation.

L'ANFE et le SIFEF ont déposé en novembre 2006 un projet de réforme des études visant à l'obtention concomitante du diplôme d'exercice délivré par le ministère de la Santé et d'une licence délivrée par le ministère de l'Enseignement supérieur. Le travail de réingénierie du diplôme conduit par la DHOS depuis décembre 2007, s'appuie entre autres sur ce projet et laisse espérer de nouvelles modalités de formation et de certification répondant aux souhaits des instituts, des équipes pédagogiques et des étudiants.

Pistes d'actions

- Le développement de financements pour la recherche en ergothérapie et l'intégration des ergothérapeutes aux travaux de recherche existants permettraient de démontrer l'impact économique de l'ergothérapie.
- De la même façon, l'intégration des ergothérapeutes dans la recherche universitaire permettrait de faire évoluer les pratiques professionnelles, valoriserait la profession et renforcerait l'approche interprofessionnelle et interdisciplinaire.
- L'élaboration d'un référentiel de formation s'intégrant pleinement dans le cursus universitaire permettra une lisibilité internationale des formations, un déroulement de carrière, un développement de la recherche, de l'évaluation des pratiques et de la production de pratiques fondées sur la preuve. Il devra tenir compte aussi de la validation des acquis de l'expérience tout au long de la vie.

Enjeu de la démographie professionnelle

Problématique

Plusieurs études de faisabilité sont en cours pour créer de nouveaux IFE, à l'initiative de l'ANFE et du SIFEF avec des opérateurs très divers : université, CHU, association, laboratoire pharmaceutique.

En particulier les plans de santé publique le plan ALZHEIMER dans sa mesure 20 : « un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'ALZHEIMER » prévoit la formation de 2000 psychomotriciens et ergothérapeutes supplémentaires. Une première étude de recensement des capacités des écoles a revu à la hausse ces chiffres pour intégrer cette demande (jointe en annexe).

Les DRASS ainsi que les Conseils Régionaux restent frileux sur l'opportunité d'augmenter le potentiel de formation, alors que l'évolution des besoins met en évidence cette nécessité : accroissement démographique de la population âgée en perte d'autonomie, augmentation du nombre de structures d'accueil de personnes en situation de dépendance, multiplication des réseaux d'intervention à domicile, dispositif Handiscol, politique d'accessibilité des équipements et lieux publics, développement des MDPH et déploiement de leurs activités, insertion socioprofessionnelle après la phase de rééducation – réadaptation...

Le décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation précise les catégories professionnelles requises dans ce secteur en fonction des pathologies traitées.

De même il serait important qu'un arrêté fixant un ratio d'ergothérapeute en SSR en fonction des lits soit rendu.

Pistes d'action

- L'appui de l'État aux régions pour l'ouverture de nouveaux instituts de formation en ergothérapie apparaît un levier nécessaire pour permettre l'autorisation d'ouverture ou d'extension pour les instituts. De même, l'arrêté fixant la composition des dossiers de demande d'autorisation d'ouverture d'instituts et d'agrément des directeurs doit être promulgué dans les meilleurs délais.
- Afin de rendre la formation plus accessible, il convient d'augmenter la capacité d'accueils des instituts publics et des écoles privées et de bénéficier de subventions nécessaires à leur fonctionnement.

Enjeu de l'attractivité et de la fidélisation des ergothérapeutes dans la fonction publique hospitalière

4.6.1. Problématique

La pénurie de professionnels, la mauvaise représentation du travail hospitalier et de ses conditions d'exercice, rend l'offre de soins en ergothérapie de plus en plus précaire dans ce type d'établissement. Il s'agit ainsi de déterminer les arguments favorables et défavorables

à l'embauche, à la pratique et à l'élaboration de projets professionnels des ergothérapeutes dans le milieu hospitalier public et développer des conditions favorables à la fidélisation des professionnels.

4.6.2. Pistes d'action

Identifier, reconnaître et intégrer les compétences des ergothérapeutes

- ✓ En développant la spécificité de l'approche ergothérapique au sein des équipes pluri professionnelles
- ✓ En Intégrant l'ergothérapie dans les différents projets institutionnels (projets de service, projet de soins...)
- ✓ En favorisant leurs interventions en milieu ordinaire de vie et de travail

Faciliter l'évolution professionnelle

- ✓ En favorisant l'intégration d'ergothérapeutes dans la formation continue et qualifiante,
- ✓ en développant les perspectives de carrières hospitalières pour permettre l'accès aux métiers de Cadres et de Directeurs des soins pour les ergothérapeutes
- ✓ en rendant possible des stages en détachement dans d'autres hôpitaux, d'autres unités, en France ou à l'étranger afin de mutualiser les expertises.
- ✓ en développant la participation aux travaux de recherche
- ✓ en octroyant un temps de pratique réflexive

Rendre des conditions du travail d'ergothérapeute attractives

- ✓ En développant des collectifs professionnels d'ergothérapeutes pour lutter contre l'isolement professionnel
- ✓ En développant les contrats de pré-embauche des étudiants ergothérapeutes et en rendant possible des contrats d'apprentissage.
- ✓ En favorisant et en reconnaissant le tutorat auprès des stagiaires.
- ✓ En donnant la possibilité d'être formateur et de pouvoir exercer en milieu libéral, en facilitant l'accès à des missions transversales aux ergothérapeutes