

INSTITUT DE FORMATION
EN
ERGOTHÉRAPIE
LORRAINE CHAMPAGNE-ARDENNE

LA CRÉATIVITÉ ET LA NORME : DES ÉLÉMENTS CLÉS DE LA
PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES ERGOTHÉRAPEUTES

Mémoire d'initiation à la recherche

Pauline BETTINGER

Mai, 2015

Remerciements

Sous la direction de Muriel LAUNOIS, ergothérapeute en psychiatrie et addictologie au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, maître de mémoire.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire, et plus particulièrement :

Les quatre ergothérapeutes interviewés, pour le temps qu'ils m'ont accordé et l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail.

Les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nancy, pour leur accompagnement et leurs précieux conseils.

Mon maître de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et son aide dans les démarches de réalisation de ce mémoire.

Mes parents et ma sœur, pour m'avoir toujours soutenue tout au long de mes études.

Mes amis et plus particulièrement Julie, pour m'avoir encouragée tout au long de ce travail.

Jean-Christophe, pour m'avoir aidée dans la construction du toboggan à dés.

« Le paradoxe est que la diversité de l'ergothérapie et la créativité de l'ergothérapeute, qui sont les points forts du métier, sont un atout pour les ergothérapeutes tout en étant un inconvénient pour le métier. »¹

¹ COLVEZ A., BLANCHARD N., RICHARD C., 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, ErgOThérapies, décembre 2013, n°48, p.45.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 HISTOIRE ET ÉVOLUTION DE L'ERGOTHÉRAPIE	4
1.1 Naissance de l'ergothérapie	4
1.1.1 La psychiatrie berceau de l'ergothérapie	4
1.1.1.1 TISSOT S. A.	4
1.1.1.2 PINEL P. et TUKE W.....	4
1.1.2 L'émergence de l'ergothérapie en France	5
1.2 Évolution de l'ergothérapie et modernisation : des années 50 à nos jours	6
1.2.1 Pratiques initiales de l'ergothérapie	6
1.2.2 L'évolution des besoins de la société touche profondément le domaine médical	7
1.2.3 Après le doute, modernisation de la profession.....	8
1.3 L'évolution de la reconnaissance des ergothérapeutes	9
1.3.1 L'accroissement du nombre d'ergothérapeutes en France	9
1.3.2 La valorisation du diplôme	10
2 LA CRÉATIVITÉ	10
2.1 Qu'est-ce que la créativité ?	10
2.1.1 Des divergences d'opinions.....	11
2.1.2 Des opinions convergentes	11
2.1.3 Créativité et ergothérapie	12
2.2 La créativité : un moyen thérapeutique pour le patient et un outil pour l'ergothérapeute	13
2.2.1 En pédiatrie.....	13
2.2.1.1 L'imaginaire et la création : des éléments clés en ergothérapie pédiatrique	13
2.2.1.2 Le jeu comme support de créativité	14
2.2.2 En psychiatrie	16
2.2.2.1 L'expérience de la créativité	16
2.2.2.2 Des médiations créatives.....	17
2.3 La créativité : une condition d'exercice dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute, par l'évolution des modèles conceptuels du handicap	19
2.3.1 Le modèle biomédical : une pratique centrée sur la pathologie	19
2.3.2 Vers de nouvelles modélisations : la remise en cause progressive du modèle bio-médical	20

3	LA NORME ET LES CONCEPTS ASSOCIÉS	21
3.1	La norme.....	21
3.1.1	Définition.....	21
3.1.1.1	La norme « volontaire »	22
3.1.1.2	La réglementation	22
3.1.2	Les organismes de normalisation.....	23
3.1.2.1	À l'échelon international	23
3.1.2.2	À l'échelon national	23
3.2	La qualité.....	24
3.2.1	Définition.....	24
3.2.2	Origines	24
3.3	La démarche qualité.....	25
3.3.1	L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.....	26
3.3.1.1	L'évaluation interne	26
3.3.1.2	L'évaluation externe	27
4	PARTIE EXPLORATOIRE : LA THÉORIE CONFRONTÉE AU TERRAIN	27
4.1	Rappel de l'objectif.....	27
4.2	Hypothèses de départ	28
4.3	Méthodologie : l'utilisation d'entretiens pour répondre à l'hypothèse	28
4.3.1	Population.....	28
4.3.2	Matériel	29
4.3.3	Procédure.....	30
4.4	Analyse des entretiens	30
4.4.1	Analyse longitudinale des entretiens	30
4.4.1.1	Entretien n°1	30
4.4.1.2	Entretien n°2.....	31
4.4.1.3	Entretien n°3.....	31
4.4.1.4	Entretien n°4.....	32
4.4.2	Analyse transversale des entretiens	33
4.4.2.1	Une évolution de la profession	33
4.4.2.2	L'utilisation des activités manuelles	34
4.4.2.2.1	Une disparition progressive dans les pratiques actuelles.....	34
4.4.2.2.2	Leurs utilisations actuelles	35

4.4.2.3	Ergothérapie et créativité	36
4.4.2.3.1	Le besoin de créativité de l'ergothérapeute	36
4.4.2.3.2	L'utilisation de la créativité comme moyen thérapeutique avec le patient	36
4.4.2.3.3	L'utilisation de la créativité comme condition dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute.....	37
4.4.2.4	Les normes	38
4.4.2.4.1	Des contraintes ?.....	38
4.4.2.4.2	Une nécessité dans le travail quotidien de l'ergothérapeute et la prise en charge du patient.....	39
4.4.3	Synthèse des discours des enquêtés	40
5	DISCUSSION	42
5.1	Limites de la méthode	45
5.1.1	Les outils utilisés	45
5.1.2	L'échantillon d'ergothérapeutes interviewés	45
	CONCLUSION	46
	BIBLIOGRAPHIE	47
	ANNEXES	

Introduction

L'ergothérapie est une profession récente qui est « *en constante évolution* »². C'est notamment lors de la Seconde Guerre mondiale que l'ergothérapie fait ses débuts en France³. Depuis, on assiste à un accroissement du nombre d'ergothérapeutes, ainsi qu'à de nombreux changements dans la profession. À la source, au sein des instituts de formation en ergothérapie de France, les référentiels d'études changent, impactant ainsi les compétences des ergothérapeutes qui évoluent.

Lors de la réalisation de mes différents stages, je me suis aperçue avec netteté de ces changements. Travaillant aux côtés d'ergothérapeutes de générations différentes, je me suis rendue compte que la façon de pratiquer cette profession, de prendre en charge un patient, pouvait être bien différente selon le lieu d'exercice, mais aussi selon l'expérience professionnelle du thérapeute. La pratique des ergothérapeutes, issus de générations plus anciennes, est préférentiellement axée sur un versant artisanal et inventif. De plus, « *cette profession nécessite une recherche permanente de moyens (aides techniques ou autres) et favorise une certaine créativité* »⁴. En tant que stagiaire, il nous est alors demandé d'avoir une démarche réflexive, axée sur la création, afin de développer un esprit inventif et vif qui est, selon moi, une caractéristique essentielle pour un ergothérapeute. En effet, lors de la réalisation de mon stage en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), j'ai été confrontée à des situations de handicaps nombreuses et bien particulières. Je me suis alors rendue compte que bon nombre d'aides techniques du centre n'étaient pas adaptées à leurs situations. Aussi, j'ai pu constater que beaucoup de résidents éprouvaient des difficultés pour lancer des dès lors d'activités ludiques et de loisirs. C'est pourquoi, l'ergothérapeute qui m'encadrait, m'a lancé le défi de créer une aide technique qui pourrait être utilisée par le plus grand nombre de résidents. Après quelques jours de réflexion et de travail, j'ai abouti à la construction d'un « toboggan à dès »⁵ qui a permis à un grand nombre de résidents d'améliorer leur autonomie dans de nombreuses activités. Cependant, dans d'autres stages, j'ai pu constater le versant plus « normé » et cadré de la profession. Dans ces stages, il nous est alors demandé de suivre un protocole bien précis qui ne laisse pas autant de place à la créativité ainsi qu'à la réflexion. Une fois la méthode acquise, ce travail pourrait être qualifié comme étant automatique et répété. Le côté créatif et cette démarche de réflexion demandée dans

2 WAGNER C., Profession ergothérapeute, L'Harmattan, 2006, p.74.

3 BOURRELLIS C., Développement de l'ergothérapie en France : de 1780 à 1998 ou des précurseurs aux écrits professionnels d'aujourd'hui, ErgOTHérapies, 2006, n°21, pp. 33-40.

4 WAGNER C., Profession ergothérapeute, op. cit., p.57.

5 Annexe I.

certain cas n'est alors pas ou très peu sollicitée. Cette différence de pratique pourrait s'expliquer notamment par l'évolution constante et rapide des normes appliquées au domaine médical. Les exigences en termes de qualité de travail ainsi que de sécurité et d'hygiène ne laissent que peu de liberté aux différents professionnels de santé que dans le développement de leur identité professionnelle. De plus, l'évolution de la société, le progrès technique ainsi que les exigences de la population sont des facteurs qui obligent ces normes à évoluer. Cependant, ces changements ne devraient alors pas modifier l'essence même de la profession. Cette évolution devrait, au contraire, ouvrir de nouvelles perspectives aux ergothérapeutes en leur apportant de nouvelles techniques ainsi qu'une ouverture sur de nouvelles pratiques.

Émergence de la problématique

À quelques mois de mon entrée dans le monde professionnel, de nombreuses questions concernant ma future pratique ainsi que mon identité professionnelle sont encore sans réponse. M'intéressant beaucoup à l'histoire de l'ergothérapie ainsi qu'aux actions et travaux menés par nos prédécesseurs, je pense que par cet écrit bon nombre des questions que je me pose peuvent être éclairées. Bien que chaque personne doive trouver sa propre identité professionnelle, il est toujours bénéfique de s'inspirer des fondateurs de cette profession. Me retrouvant beaucoup dans la pratique « manuelle » ainsi que dans le côté créatif de la profession d'ergothérapeute, je me demande si l'évolution des normes ainsi que de la société vont avoir un impact sur la pratique des générations futures. La marge de manœuvre qui était accordée aux ergothérapeutes des générations antérieures dans leur pratique sera-t-elle encore accordée aux ergothérapeutes des générations à venir ? La création d'aides techniques personnalisées, en centre, pourra-t-elle être utilisée bien qu'elle ne soit pas aux normes ? C'est une problématique à laquelle j'ai été confrontée lors de mon stage, avec la création de ce « toboggan à dés ». La question à se poser également est de savoir si les ergothérapeutes auront encore besoin de créativité et d'imagination dans la pratique de leur profession ? Ou si au contraire la norme va leur imposer un cadre rigide, qui ne pourra laisser de place à la création et qui se réduira à l'application pure et simple d'un protocole de prise en charge bien défini pour les patients.

C'est pourquoi, de façon plus générale, dans cet écrit, nous poserons la problématique suivante :

L'évolution des normes influence-t-elle la pratique des ergothérapeutes et a-t-elle un impact sur leur créativité ?

De cette question émanent deux hypothèses de travail :

Je pense que l'ergothérapie, de par sa diversité ainsi que par le côté humain qui est présent dans la globalité de la profession, peut à elle seule être considérée comme « un art ». Bien que l'évolution des normes rattrape certaines pratiques, je pense que chaque ergothérapeute doit faire preuve de créativité dans sa pratique professionnelle. Le côté manuel, qui était très présent dans la pratique des ergothérapeutes des générations antérieures, disparaît peu à peu de la pratique des ergothérapeutes actuels, ce n'est pas pour autant que l'on ne peut plus parler de créativité. Le terme de création ne se réduit pas qu'au sens « manuel » du terme. Aujourd'hui, les ergothérapeutes utilisent encore la créativité dans leur pratique, cependant elle se présente sous d'autres formes. Notamment à travers la prise en charge personnalisée de chaque patient, l'ergothérapeute doit faire preuve d'inventivité et de création pour adapter le général au particulier. Chaque être humain est unique et ne peut être inscrit dans une « trame » toute faite.

Ma première hypothèse de travail est : **« La créativité, à travers les activités manuelles de l'époque, a disparu de la pratique des ergothérapeutes à cause de l'évolution des normes »**

Ma seconde hypothèse de travail est : **« Aujourd'hui, la créativité est une qualité essentielle pour un ergothérapeute. L'évolution a permis à celui-ci de la développer sous une nouvelle forme, à travers l'adaptation et la personnalisation des prises en charge, et il l'utilise aussi comme moyen thérapeutique pour faire ressortir la créativité du patient ».**

1 Histoire et évolution de l'ergothérapie

1.1 Naissance de l'ergothérapie

Depuis 50 ans, l'aide apportée aux personnes en situation de handicap ainsi qu'à leur famille connaît une certaine évolution. En effet, cet accompagnement connu sous le nom de « réadaptation » touche tous les domaines : tant le médical, que le social, ou encore le sanitaire. En France la médecine emploie le terme de « *rééducation fonctionnelle ou motrice* »⁶.

La kinésithérapie fut longtemps la seule profession exercée dans ce secteur jusqu'à ce que l'ergothérapie arrive à s'affirmer en tant que profession à part entière.

1.1.1 La psychiatrie berceau de l'ergothérapie

1.1.1.1 TISSOT S. A.

Le recours à l'activité et au travail dans le processus de guérison des malades remonte à l'antiquité.

En 1780, S. A. TISSOT, qui est le chirurgien du roi à l'époque, écrit un roman intitulé « Gymnastique médicale et chirurgicale » dans laquelle il présente la rééducation de l'appareil locomoteur par l'activité. Ce fut d'abord dans le secteur psychiatrique que la notion « d'activité » apparue.

1.1.1.2 PINEL P. et TUKE W.

En 1809, le psychiatre français Philippe PINEL et l'anglais William TUKE furent les premiers à s'intéresser à la rééducation par le biais « *d'activités ludiques et utilitaires* »⁷. Ils avaient remarqué une amélioration considérable de l'état de santé des patients pauvres qui devaient continuer à travailler pour se nourrir, en opposition avec la dégradation de l'état de santé des personnes plus aisées qui ne travaillaient pas.

En 1786, ils exercèrent cette technique, centrée sur l'activité, dans deux grands hôpitaux parisiens : la Salpêtrière et l'hôpital Bicêtre. Ils permirent, par la suite, d'introduire l'ergothérapie dans la prise en charge des patients hospitalisés.

⁶ PIERQUIN L., ROUX-LEJEUNE J., FARCY P., Les Ergothérapeutes : Situation et formation professionnelles, Europa Medicophysica, Vol. 8, N.3, p.65.

⁷ Ibid., p.66.

Cependant, afin que le travail des ergothérapeutes ne soit pas considéré comme un passe-temps ou encore une distraction, mais qu'il puisse avoir une dimension curative reconnue, il sera alors impératif que ceux-ci reçoivent une formation spécifique au domaine de la psychiatrie comme le sont formés leurs confrères kinésithérapeutes.

Ce fut par la suite, dans les pays anglo-saxons, que la formation des ergothérapeutes débuta. On commence à caractériser l'ergothérapie avec un statut particulier. Cependant, la question qui se pose par la suite est : « *Convient-il que l'ergothérapeute précité limite son activité au milieu psychiatrique et par conséquent ne reçoive qu'une formation partielle en ergothérapie ?* »⁸.

1.1.2 L'émergence de l'ergothérapie en France

Ce n'est qu'au XX^{ème} siècle, en Amérique du Nord, que sont établis de façon concrète et précise les fondements de ce que les américains appellent alors « *Occupational Therapy* ».

Il faut attendre l'influence de la Seconde Guerre mondiale pour que la profession d'ergothérapeute émerge en France dans les années 50. À cette époque, les besoins en matière de réadaptation sont énormes et la reconstruction d'après-guerre nécessite beaucoup de main-d'œuvre dans tous les secteurs d'activité. Le retour des blessés de guerre entraînera une augmentation accrue du nombre de professionnels dans le domaine médical. La réadaptation est alors faite une priorité car il est essentiel que les hommes retournent au travail.

L'ergothérapie ne se contente plus d'être appliquée uniquement au domaine de la psychiatrie et fait son apparition en rééducation. L'ergothérapie fonctionnelle en France coïncide avec la création de l'Institut Régional de Réadaptation en 1952. La kinésithérapie est bien connue en France dans ce secteur, cependant elle ne peut en résoudre tous les problèmes. L'utilisation de l'activité, comme technique et moyen de rééducation, séduit les précurseurs de la profession dont les premiers furent Monsieur le Doyen PARISOT et Monsieur le Professeur PIERQUIN.

Par la suite, deux ergothérapeutes, une Anglaise et une Ecossaïse sont embauchées dans les centres de rééducation de Nancy et Gondreville. Elles vont ouvrir plusieurs services d'ergothérapie et préparer l'ouverture des deux premiers Instituts de Formation en Ergothérapie (IFE) français à Paris et à Nancy en 1954.

En 1961, les ergothérapeutes de France décident de se regrouper formant la première association française d'ergothérapeutes : l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

⁸ PIERQUIN L., ROUX-LEJEUNE J., FARCY P., Les ergothérapeutes : situation et formation professionnelle, op. cit.

L'ergothérapie est alors définie par celle-ci comme étant une profession dont l'objectif principal est : « *de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement.* ». ⁹

1.2 Évolution de l'ergothérapie et modernisation : des années 50 à nos jours

L'ergothérapie s'est modernisée et richement développée durant la période 1950-1990. Elle est reconnue comme profession à part entière. Les ergothérapeutes possèdent une formation bien spécifique qui a été concrétisée par la création des premières écoles d'ergothérapie en France en 1950. La mission des ergothérapeutes est d'accompagner les personnes en situation de handicap ainsi que leurs familles. L'objectif étant de les aider à développer leurs propres moyens de compensation afin de favoriser leur autonomie. Le but est que ces personnes puissent vivre dans de meilleures conditions et dans leur propre environnement. Pour s'associer à ce cheminement, l'ergothérapeute utilise les activités de la vie quotidienne spécifiques à ces personnes, qu'il analyse et décompose, afin de leur permettre de les réaliser à nouveau, en tenant compte de leur situation de handicap.

1.2.1 Pratiques initiales de l'ergothérapie

De 1950 à 1970, le travail de l'ergothérapeute consiste en la mise en place « d'ateliers de travaux manuels ». C'est la période de l'ergothérapie dite « *artisanale* » ou encore appelée « *impressionniste* ». ¹⁰

C'est à travers des activités comme le macramé, le tissage, la vannerie ou encore la menuiserie que l'ergothérapeute trouve son inspiration. Ce sont des techniques dites de « *transformation* » ¹¹, qui ont pour but d'utiliser une matière première naturelle afin d'en faire un objet significatif pour le patient. Le thérapeute lui offre un terrain de création qu'il peut utiliser comme bon lui semble permettant ainsi à la personne de découvrir ou redécouvrir des capacités qui lui sont propres et dont elle n'avait plus conscience. C'est à travers ces activités que le patient développe des capacités et des automatismes qu'il pourra réutiliser dans sa vie quotidienne. Lors de cette période, les ergothérapeutes tentent alors d'effacer le travail institutionnel pour favoriser l'insertion dans la vie active.

⁹ ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHEREPEUTES, L'ergothérapie. [En ligne]. Disponible sur internet : « <http://www.anfe.fr/definition> ». (Consulté le 24 avril 2015).

¹⁰ FARCY P., Mémoire vivante : l'ergothérapie d'atelier, 1993, p.177.

¹¹ Ibid., p.178.

L'utilisation de ces techniques artisanales et les gestes travaillés lors de ces séances sont en forte corrélation avec les gestes utiles de la vie quotidienne et du monde professionnel. En pédiatrie, la rééducation prend une ampleur considérable, car ces activités permettent de redonner de l'espoir aux enfants en situation de handicap. Par la pratique de travaux manuels ils peuvent de nouveau songer à une future vie sociale ainsi qu'à une pratique professionnelle réelle : *« Ils voient qu'ils sont encore capables de faire »*¹².

1.2.2 L'évolution des besoins de la société touche profondément le domaine médical

De 1970 à 1990, la France est marquée par de nombreux phénomènes sociaux, économiques et politiques qui vont considérablement changer la pratique des ergothérapeutes. La reprise d'une activité professionnelle n'est plus une priorité principale car les esprits s'élargissent et s'intéressent à la notion de « qualité de vie » qui s'introduit peu à peu dans les pensées. La crise économique va réduire et fragmenter les durées de séjours des patients. De plus, l'avancée technologique ainsi que les recherches scientifiques, vont permettre de nombreux progrès dans le domaine de la réanimation. Les hôpitaux vont alors voir leur clientèle se modifier par l'augmentation du nombre d'adultes et d'enfants polyhandicapés. Les blessés lourds, les traumatisés crâniens ainsi que les personnes touchées à la moelle épinière sont beaucoup plus fréquents. On va aussi assister à une augmentation considérable du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. Cependant c'est *« la précarité du marché de l'emploi et du tissu social qui accentue l'évolution vers la chronicité plus que la déficience elle-même »*¹³.

On se rend vite compte que la pratique de l'ergothérapie traditionnelle et artisanale n'est plus en concordance avec l'évolution et les attentes de la société. L'utilisation d'activités comme le macramé, la vannerie ou encore le tissage semble démodée face à l'automatisation industrielle et l'utilisation d'outils mécanisés. Le patient ne comprend plus l'intérêt d'utiliser ces activités qui lui semblent d'une autre époque. De plus, la réduction de la durée des séjours dans les centres de rééducation ne permet plus aux patients de s'investir pleinement dans leurs projets de soins. Pour finir, l'observation simple de ces activités ne suffit plus aux professionnels pour juger de la capacité fonctionnelle réelle du patient. L'évaluation qualitative est trop subjective et les thérapeutes se tournent alors vers des outils d'évaluation quantitatifs.

¹² FARCY P., Mémoire vivante : l'ergothérapie d'atelier, op. cit., p.177.

¹³ GABLE G., Pratiques et tendances actuelles en ergothérapie fonctionnelle, 1995, p. 2.

« *Après 1990, l'outil, de serviteur, est devenu maître* »¹⁴. En effet à partir de cette période, les nouvelles technologies ont complètement bouleversé les bonnes pratiques en ergothérapie. L'homme n'est plus le seul maître de sa rééducation. L'outil prend énormément d'ampleur dans les méthodes de rééducation.

1.2.3 Après le doute, modernisation de la profession

Les progrès technologiques vont permettre l'amélioration des techniques de rééducation et des matériaux spécifiques à l'ergothérapie au détriment des activités artisanales. En effet, dans les prises en charge des patients, le côté créatif que l'on retrouvait dans les activités artisanales est mis de côté pour laisser place à des exercices standardisés. Leur mise en œuvre est beaucoup plus simple que celle des activités de fabrication. Ces exercices tentent de reproduire les gestes professionnels et les tâches usuelles du quotidien. Ainsi, les patients sont soumis à des mises en situations concrètes, signifiantes et donc au plus proche de leur quotidien. Il est alors plus facile, avec ces supports standardisés et plus pragmatiques, d'entreprendre une cotation quantitative du travail réalisé par le patient. Cette nouvelle pratique s'appliquera à tous les domaines de l'ergothérapie (au niveau fonctionnel, cognitif, etc.).

Cette nouvelle démarche d'évaluation quantitative va donner naissance à des bilans validés tels que le *Purdue Pegboard Test*[®], le *Minnesota Manual Dexterity Test*[®] etc. venus tout droit des États Unis.

Paul Farcy, l'un des premiers ergothérapeutes de France, à travers son témoignage dans « *Mémoire vivante : l'ergothérapie d'atelier* », nous fait partager son expérience professionnelle et relate l'évolution de la profession dont il a été témoin. En vue de cette évolution rapide, il se pose la question suivante : « *Jusqu'où peut-on avoir le moyen de ces technologies ?* »¹⁵.

Les ergothérapeutes peuvent alors eux aussi participer aux études et aux recherches dans le domaine médical. De plus, l'éclatement de la société française va permettre la création de nombreuses associations luttant pour le soutien et l'accompagnement des personnes en situation de handicap ainsi que de leur famille. Cette évolution aura un impact considérable sur la pratique des ergothérapeutes. Elle va se retrouver dans leurs gestes au sein de leurs pratiques mais aussi dans l'attitude de la politique de l'organisation professionnelle représentative de la profession qui est l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

¹⁴ FARCY P., *Mémoire vivante : l'ergothérapie d'atelier*, op. cit., p.178.

¹⁵ FARCY, P., *Mémoire vivante : l'ergothérapie d'atelier*, op. cit., p.178.

1.3 L'évolution de la reconnaissance des ergothérapeutes

1.3.1 L'accroissement du nombre d'ergothérapeutes en France

La création des premiers Instituts de Formation en Ergothérapie de France date de 1950. Les premières écoles à avoir ouvert leurs portes sont celles de Paris et de Nancy. L'école de kinésithérapie et d'ergothérapie de Nancy est créée en 1954. Depuis, 17 autres écoles ont ouvert leurs portes en France. Actuellement, on compte 19 Instituts de Formation en Ergothérapie, dont un 20^{ème} qui doit ouvrir pour la rentrée 2016 à Toulouse. Si on en croit la capacité d'accueil de chaque école, globalement, 843 ergothérapeutes sortent diplômés chaque année¹⁶.

La création de nouvelles écoles d'ergothérapie en France permet un accroissement important du nombre d'ergothérapeutes.

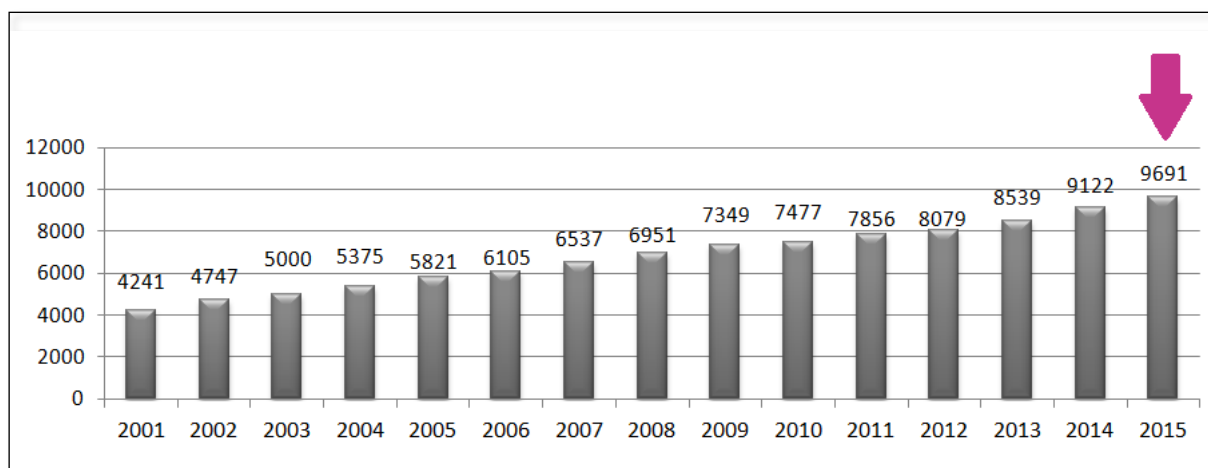


Fig. 1 Évolution du nombre d'ergothérapeutes en France

Le graphique¹⁷, (fig. 1) permet de visualiser l'augmentation importante du nombre d'ergothérapeutes en France ces 15 dernières années. Au 1^{er} Janvier 2015, la France compte 9 691 ergothérapeutes, dont 87% de femmes. En effet, l'ergothérapie est une profession jeune, dynamique et principalement féminine.

¹⁶ ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES. Instituts de formation. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.anfe.fr/les-instituts-de-formation> ». (Consulté le 21 mars 2015).

¹⁷ ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES. L'ergothérapie. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.anfe.fr/demographie> ». (Consulté le 24 avril 2015).

1.3.2 La valorisation du diplôme

L'ergothérapie occupe une place plus importante dans le milieu médico-social depuis la création du diplôme d'État en 1970¹⁸. On assiste aussi à une reconnaissance accrue de la profession par le biais d'ouverture d'écoles de cadres et de formateurs.

De plus, la création du décret de compétence du 21 novembre 1986 va considérablement changer le programme de la formation des ergothérapeutes en France.

Depuis, l'article 1 (abrogé au 1^{er} septembre 2012), abrogé par l'Arrêté du 5 juillet 2010¹⁹ a réformé de nouveau les programmes de formation.

Le diplôme d'État, obtenu suite à la validation des 180 crédits de formation échelonnés sur les trois années d'études, donne lieu à l'obtention du grade de licence à partir des diplômés 2014. En effet, une nouvelle réforme a été adoptée dans le Décret n° 2012-907 du 23 juillet 2012 paru dans le « Journal Officiel de la République Française » du 25 Juillet 2012²⁰. Pour les diplômés avant 2014, reconnus actuellement Bac+2, une procédure de validation des acquis doit être mise en place entre l'Institut de Formation en Ergothérapie et l'université à laquelle ils sont rattachés pour obtenir le grade de licence.

2 La créativité

2.1 Qu'est-ce que la créativité ?

La créativité est un domaine très vaste, qui par ses nombreux points de vue et sa subjectivité, n'a pas de définition précise. En effet, chaque personne peut s'en faire la représentation qu'il souhaite. De plus en plus de professionnels s'y intéressent et l'utilisent comme moteur au sein de leur entreprise.

Pour aborder cette notion subjective qu'est la créativité, j'ai choisi, dans ce travail de recherches, d'étudier la question à travers le point de vue de trois auteurs.

Ceux-ci exerçant des professions différentes (un ergothérapeute, un psychologue humaniste et une

¹⁸ LEGIFRANCE. Arrêté du 24 septembre 1990. [En ligne]. Disponible sur Internet :

« <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006076547> ». (Consulté le 22 avril 2015).

¹⁹ LEGIFRANCE. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. [En ligne]. Disponible sur : « http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=30A67B6CD6D2DDC7FD471AC836542B4A.tpdila10v_1?cidTexte=JORFTEXT000022447668&dateTexte=20100708 ». (Consulté le 18 avril 2015).

²⁰ Journal Officiel de la République Française. 25 Juillet 2012. [En ligne]. Disponible sur : « http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TODecret_2012907_23%20juillet_2012.pdf », sur le site de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Diplôme d'Etat d'ergothérapeute. (Consulté le 22 février 2015).

artiste professeur des arts appliqués) et de nationalités différentes. Cette notion est importante à préciser car, dans ces articles, les auteurs évoquent leur ressenti sur le besoin de créativité dans leur monde professionnel et dans leur milieu social.

2.1.1 Des divergences d'opinions

L'ergothérapeute danois Jacob MADSEN, dans son article intitulé *Innovation in occupational therapy : a fashion phenomenon, a natural development or a must ?*, décrit la créativité comme quelque chose relevant de l'idée et de l'innovation. Elle serait plutôt le reflet d'un concept et d'une pensée plutôt que le fruit d'un objet ou de quelque chose de matériel. Contrairement à lui, le grand psychologue humaniste américain Carl ROGERS, qui a développé la méthode de l'« Approche Centrée sur la Personne » (ACP), à travers le chapitre XV : *Vers une théorie de la créativité*, issu de son ouvrage *Le développement de la personne*, décrit la créativité comme étant « un processus donnant naissance à quelque chose de concret »²¹. En effet, pour lui, le processus de création doit donner lieu à quelque chose « d'observable, de perceptible et dont il doit exister un produit »²². Cette citation de Carl ROGERS nous permet de faire un lien, plus ou moins étroit, entre la créativité et les activités manuelles, qui donnent lieu à quelque chose d'observable et de concret, ainsi qu'à une production finale.

De plus, Carl ROGERS explique que, selon lui, la créativité, qui donne lieu à des découvertes de « grandes valeurs sociales »²³, serait motivée par un intérêt personnel. Pour lui, l'individu ne crée principalement que dans l'unique intention de se satisfaire à lui-même. Inversement à lui, Jacob MADSEN, dans son article, nous explique que la créativité et l'innovation n'ont d'efficacité réelle que lorsqu'elles sont motivées par un intérêt de groupe. Pour lui la bonne entente, la cohésion au sein d'une entreprise et un environnement adéquat, sont des éléments favorisant la créativité.

2.1.2 Des opinions convergentes

On peut noter que la créativité est un processus qui ne se limite pas à un seul domaine spécifique. Elle est globale et peut être utilisée dans tous les domaines (économique, culturel, etc.). Elle n'est pas exclusivement réservée à un type d'individus ou de population. Quels que soient l'âge,

²¹ ROGERS C., *Le développement de la personne : chapitre XV - Vers une théorie de la créativité*, Dunod, 2005, p.247.

²² Ibid.

²³ ROGERS C., *Le développement de la personne*, op. cit., p.249.

les croyances, la situation professionnelle, etc., toute personne ne peut faire preuve de créativité. Pour reprendre l'exemple évoqué par Carl ROGERS où il compare : « *L'enfant qui invente un nouveau jeu avec ses camarades et Einstein qui formule une théorie de la relativité* »²⁴, il n'y a pas de degré de créativité établi. Et qui peut se permettre d'émettre un tel jugement de valeur ?

Nous précisons que toute créativité possède un caractère de nouveauté. Barbara PUTZ-PLECKO explique même que : « la créativité et la capacité d'innovation sont déterminantes pour un développement économique et social durable ». Jacob MADSEN, nous parle d'un environnement « de liberté et de libre expression ». Carl ROGERS décrit la créativité comme étant une « ouverture à l'expérience » et annonce que la créativité « a besoin d'un espace de liberté ». Tous évoquent une notion de grandeur et d'ouverture sur le monde.

De plus, il faut savoir que la créativité et la science ne sont pas incompatibles. Il n'y en a pas une qui domine l'autre. Barbara PUTZ-PLECKO, une célèbre artiste autrichienne et professeur au sein de l'université des arts appliqués de Vienne, nous dit : « *qu'il convient de promouvoir la création de synergies entre savoirs, aptitudes et créativité* ». ²⁵ Jacob MADSEN annonce, quant à lui, que créativité et « *Evidence-based practice* » (EBP) (la science basée sur les faits) sont indissociables.

Enfin, Carl ROGERS parle de « *créativité constructive* » ²⁶ qui serait basée sur le savoir et le vécu de l'individu, donc des faits bien réels, qui se sont passés, et dont il va se servir pour entrer dans ce processus créatif. Selon C. ROGERS, il semblerait donc qu'il existe un lien entre la créativité et les activités manuelles. Le côté manuel faisant référence à un élément concret, réel et qui donnerait lieu à une production qui persiste dans le temps et qui laisse une trace dans la vie de tout individu.

2.1.3 Créativité et ergothérapie

Les médiations et activités qui peuvent être proposées sont diverses et variées. En effet, l'ergothérapeute peut, pour certaines d'entre elles, avoir recours à leur apprentissage lors de sa formation initiale. Les autres techniques, plus spécifiques, peuvent faire l'objet d'un apprentissage à titre personnel ou par le biais de formations professionnelles complémentaires ultérieures.

²⁴ ROGERS C., Le développement de la personne, op. cit., p.248.

²⁵ PUTZ-PLECKO B., Education culturelle: Promotion de la connaissance culturelle, de la créativité et de la compréhension interculturelle à travers l'éducation, 2008, p.5

²⁶ ROGERS C., Le développement de la personne, op. cit., p.250.

On distingue deux formes de créativité en ergothérapie. Il y a la créativité que l'ergothérapeute utilise comme moyen thérapeutique avec le patient. Le thérapeute sollicite la créativité de la personne.

Il essaie de la faire émerger et/ou de la canaliser, pour ensuite lui donner une explication, un sens concret. Puis, il y a la créativité de l'ergothérapeute, où là il va se servir de sa propre créativité comme outil avec le patient. Elle va se manifester à travers la personnalisation, l'appropriation des moyens et l'adaptation que celui-ci va proposer au patient. Cette créativité-là, réside dans la personnalité et la façon d'être de l'ergothérapeute.

2.2 La créativité : un moyen thérapeutique pour le patient et un outil pour l'ergothérapeute

L'approche de la créativité utilisée par l'ergothérapeute comme moyen thérapeutique pour le patient va être abordée, dans cet écrit, à travers deux domaines différents : la pédiatrie et la psychiatrie. Cette approche a été choisie pour faire ressortir les aspects variés et divergents de la créativité dans les domaines thérapeutiques mais aussi avec différentes populations de patients. C'est pourquoi nous aborderons, à travers ces deux domaines, les bienfaits pour le patient d'être créatif, consciemment ou non, et les aspects thérapeutiques qui en découlent.

2.2.1 En pédiatrie

Il est vrai que les termes de « créativité » et « d'imagination » sont le plus souvent retrouvés dans le domaine de la psychiatrie. Les ergothérapeutes utilisent beaucoup de médiations qui gravitent autour de la conception où l'aspect créatif est clairement mis en avant. Cependant, même si elle n'est pas exposée de manière aussi concrète et réelle qu'en psychiatrie, la créativité reste un élément clé de la pratique d'un ergothérapeute en pédiatrie.

2.2.1.1 L'imaginaire et la création : des éléments clés en ergothérapie pédiatrique

Par le biais de mon stage, je me suis aperçue de l'importance capitale de l'imaginaire et de la création dans l'exercice de la profession d'un ergothérapeute en pédiatrie. En effet, le thérapeute doit entrer dans le monde infantile, s'adapter à la vision de l'enfant afin de mieux le comprendre et d'adapter au maximum son savoir-faire et son expérience à celui-ci. Ce travail est essentiel afin de

bien connaître l'enfant et instaurer une relation de confiance solide, nécessaire dans la relation thérapeutique.

En 1982, Laurence RIEBEN dans son ouvrage « Intelligence et pensée créative »²⁷ fait la distinction entre deux types d'imagination : l'imagination symbolique et l'imagination créatrice. Dans l'imagination symbolique, l'enfant assimile la réalité de façon subjective par le biais de transpositions. Il peut imaginer tout ce qu'il veut sans aucun souci de rapport avec la réalité. Elle s'estompe quand l'enfant grandit au profit de l'imagination créatrice. Celle-ci est beaucoup plus objective et se base sur des éléments réels. L'enfant se fixe des objectifs et utilise des éléments de la vie quotidienne dans l'imaginaire : il crée de façon plus concrète. Et c'est à travers des activités comme le jeu, qui sollicite l'imagination de l'enfant, que celui-ci va se découvrir, s'épanouir et se développer.

2.2.1.2 Le jeu comme support de créativité

Le jeu a longtemps été considéré comme une activité futile. En effet il n'a trouvé sa validation scientifique qu'au cours du XIX^e siècle. C'est pourquoi il est intéressant de l'étudier tant sur un versant de plaisir et d'amusement que sur son utilité pédagogique et éducative.

En ergothérapie, le jeu est un support très riche qui favorise le développement de l'enfant. En psychanalyse, Donald WINNICOTT le définit comme étant « *un phénomène transitionnel, entre objectivité et subjectivité et en le reliant au plaisir et à la créativité* »²⁸. Jouer fait partie d'une expérience créatrice qui oblige l'enfant à inventer la réalité extérieure. Le jeu permet à l'enfant de découvrir le monde avec plaisir. Ces découvertes ont un impact important sur l'évolution de ses habilités. Selon REILLY (1974) : « *L'enfant y développe un savoir-faire expérimentiel qu'il pourra utiliser dans la vie quotidienne* ».²⁹ Ce but, de réadaptation et de retranscription des actions dites « analytiques » dans les actes essentiels de la vie quotidienne, est l'essence même de ce que recherche un ergothérapeute. On voit donc que le jeu permet de stimuler l'esprit créatif de l'enfant et de lui faire découvrir le monde avec plaisir ce qui va lui permettre de développer des stratégies d'action et d'adaptation.

²⁷ RIEBEN L., Intelligence et pensée créative, Delachaux et Niestlé, 1978, 162p.

²⁸ BERNADETTE GODMER LECTURES ET PUBLICATIONS. Jeu et réalité : Donald W. Winnicott. [En ligne]. Disponible sur internet : « <http://www.gestalt-therapie-bordeaux.com/lectures-et-publications/60-jeu-et-realite-donald-wwinnicott-1971> ». (Consulté le 29 avril 2015).

²⁹ FERLAND F., Le modèle ludique : le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie, Les presses de l'université de Montréal, 3^{ème} édition, 2003, p.17.

« *C'est en jouant et seulement en jouant que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière* »³⁰ Donald WINNICOTT (1975).

Cependant, même si jouer est une expérience créative, il est important de souligner que tous les enfants n'ont pas la même capacité créatrice face à une situation identique. C'est donc à ce moment précis que la créativité de l'ergothérapeute entre en jeu et sera déterminante ! C'est parce que chaque enfant est différent, et que divers facteurs gravitent autour de lui, que l'ergothérapeute doit évidemment s'adapter et faire preuve d'imagination pour détourner les difficultés de l'enfant et lui permettre d'évoluer. Dans cette situation précise, l'utilisation de la créativité de l'enfant et celle de l'ergothérapeute vont être étroitement liées.

Le jeu est un outil thérapeutique qui offre de nombreuses possibilités d'adaptation au thérapeute qui l'utilise. Passer par le jeu avec un enfant a pour but de le leurrer, car celui-ci l'associe à la notion de plaisir et d'amusement. Le plaisir étant la première caractéristique du jeu car « *sans plaisir le jeu n'existe pas* »³¹.

De plus, il est difficile avec les enfants de réaliser des activités purement analytiques. Avec un adulte il est possible de lui expliquer l'intérêt de réaliser un exercice non ludique et répétitif, comme par exemple, le travail des préhensions. L'ergothérapeute doit alors bien éclaircir le patient sur le but de l'exercice et l'intérêt que celui-ci aura, concrètement, dans ses actes de la vie quotidienne. Cependant, avec un enfant, il n'est pas possible de fonctionner comme cela. Il va très vite vouloir arrêter ne trouvant pas d'aspect ludique à cet exercice. C'est pourquoi, utiliser un jeu avec une histoire et des personnages, que l'enfant doit faire interagir, lui permet alors de travailler les préhensions sans que celui-ci ne s'en aperçoive. Le bilan AHA (*Assisting Hand Assessment*) est un exemple parfait d'utilisation de l'imaginaire et du jeu en ergothérapie. Il est validé pour des enfants de 8 mois à 12 ans ayant une atteinte unilatérale de fonction manuelle que l'on retrouve dans les hémiplésies ou encore dans les atteintes du plexus brachial. Il permet de réaliser des activités bimanuelles en intégrant à la fois la main dominante et la main atteinte qui a le rôle de main « assistante ». Ainsi, par le biais d'une histoire, d'un plateau de jeu et de divers objets, l'enfant est confronté à un bilan sans en avoir conscience. Ainsi, il est détendu car il prend du plaisir à réaliser cette activité qui lui a été présentée comme un jeu.

³⁰ FERLAND F., Le modèle ludique : le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie, op. cit., p.19.

³¹ Ibid., p.18.

2.2.2 En psychiatrie

L'ergothérapie a fait ses débuts dans le domaine de la psychiatrie avec les premières utilisations de l'activité par P. PINEL et W. TUKE. Aujourd'hui, les ergothérapeutes, notamment dans le domaine psychiatrique, proposent une thérapie par le biais de médiations thérapeutiques diverses afin d'inscrire le patient dans des expériences concrètes pour découvrir ou retrouver leurs capacités créatrices.

2.2.2.1 L'expérience de la créativité ³²

Dans un premier temps, il est important de noter que l'intérêt principal de cette expérience n'est pas la création à proprement parler ou la qualité de l'œuvre produite, mais l'expérience créative que va vivre le patient. La créativité est un processus universel qui se veut personnel. La survenue du processus de créativité, sa mise en place, son utilisation ainsi que son résultat varient selon les personnes.

L'appréhension la plus fréquente chez les patients est de ne pas savoir, de ne pas être créatif. La réaction naturelle est de se réfugier dans la demande d'un modèle, d'une technique, donc d'une norme. Pour limiter cette angoisse, l'un des premiers éléments à prendre en compte est l'environnement. En effet, l'environnement dans lequel se déroule cette expérience créative est essentiel pour le patient. Il faut que la personne, à travers cet espace, soit confiante et dépourvue de sentiment de jugement de la part des autres personnes présentes, que ce soit l'ergothérapeute ou les autres patients, si l'atelier créatif s'organise en groupe.

La question que nous pouvons alors nous poser, en tant que thérapeute, est : « faut-il avoir recours à un apprentissage technique pour être créatif ? ». La créativité peut être freinée par la gêne et la peur de mal faire. « *Les processus d'apprentissage de technique sont nécessaires pour pouvoir se libérer de la contrainte technique et pouvoir ensuite créer aisément.* ». Cependant, si la capacité technique n'est pas maîtrisée, il se peut que la personne tombe dans un mécanisme d'apprentissage qui pourrait restreindre le processus de création au profit du savoir technique. Si le thérapeute possède le temps mais aussi la compétence d'entrer dans ce mécanisme d'apprentissage de technique avec le patient, il peut alors lui proposer des séances dédiées à cet effet. Cela dit, les objectifs thérapeutiques ne seront plus les mêmes. Le but de la création sera plus à visée esthétique qu'en termes d'imagination et de verbalisation qui en découlent.

³² ERGOPSY. Fonctions de la médiation. [En ligne]. Disponible sur : <http://ergopsy.com/fonctions-de-la-mediation-a403.html>. (Consulté le 19 avril 2015).

« *L'œuvre devient le but et non plus un moyen d'expression* ». C'est pourquoi, pour contourner ce problème de maîtrise de la technique, il faut utiliser des médiations qui se veulent simples et faciles d'utilisation pour le patient. Si la personne a déjà pratiqué une technique, à travers une activité créative, il est d'autant plus efficace de se servir de celle-ci pour éviter un apprentissage supplémentaire et permettre ainsi à la personne de redécouvrir ses possibilités créatrices.

2.2.2.2 Des médiations créatives

Dans sa pratique, l'ergothérapeute utilise de multiples médiations. Dans cette partie, seront abordées essentiellement les activités créatives. Ce sont des activités comme la peinture, le collage, le dessin, la craie grasse, la sculpture (avec divers matériaux et diverses matières) etc...Elles ont l'avantage de ne pas demander un apprentissage trop important ni une technique particulière. L'objectif thérapeutique de ces activités est l'expression d'éléments psychiques personnels. « *Ces activités favorisent plutôt l'expression de soi, la projection de parties psychiques dans l'espace intermédiaire, la connaissance de soi-même, la découverte de la dimension créative.* »³³. Ces activités touchent la dimension psychoaffective de la personne. Elles favorisent l'expression des sentiments, conscients ou inconscients, qui peuvent être de l'ordre du fantasme et de l'histoire personnelle de la personne. C'est pourquoi il faut être vigilant quant à l'utilisation de ces activités. L'ergothérapeute qui les utilise doit connaître les patients avec lesquels il les pratique. Même si dans toute prise en charge il y a une part importante « d'imprévu » et de spontanéité de la part de l'ergothérapeute mais aussi du patient, il faut noter ici que ces activités ont pour but de réveiller des sentiments, qui parfois peuvent s'avérer difficiles et douloureux pour le patient. De ce fait, l'ergothérapeute doit être en mesure de réagir et répondre de manière appropriée à la situation, en cas de réelle nécessité.

De plus, ces activités favorisent l'expression de l'imagination de la personne. L'imagination est : « *la faculté de l'esprit d'évoquer, sous forme d'images mentales, des objets ou des faits connus par une perception, une expérience, antérieures* »³⁴. Selon la population de patient, la dimension imaginaire peut être restreinte, inexistante ou au contraire surdéveloppée. Le réveil de cette dimension créatrice et imaginaire se fait à l'aide de divers matériaux, diverses matières.

³³ ERGOPSY. Différentes activités. [En ligne]. Disponible sur : <http://ergopsy.com/fonctions-de-la-mediation-a403.html>. (Consulté le 19 avril 2015).

³⁴ LAROUSSE. Imagination. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/imagination/41617> ». (Consulté le 29 avril 2015).

À travers eux, le patient peut retranscrire ses émotions dans la matière, créer, prendre du plaisir en jouant et en découvrant la matière. « *Ces techniques, éloignées des modèles, des apprentissages, des normes, favorisent la découverte de son intuition, de ses possibilités personnelles, de son désir* »³⁵.

Cependant, il n'y a aucune obligation dans cette démarche. L'imagination est l'expression de l'inconscient personnel de l'individu, personne ne peut obliger une autre à se livrer et s'exprimer, et ainsi, se dévoiler d'une façon symbolique et souvent mystérieuse, pour soi-même et pour autrui. La créativité ne se décode pas selon des normes ou ne s'évalue pas avec des outils quantitatifs.

Enfin, ces activités créatives ont comme intérêt thérapeutique intéressant de favoriser l'introjection. C'est un concept psychanalytique élaboré entre 1909 et 1912 par le psychiatre et psychanalyste hongrois Sándor FERENCZI. Dans son article « Transfert et introjection » il oppose les patients névrosés aux psychotiques. Il écrit : « *Le névrosé en effet, admet dans son moi une part aussi importante que possible du monde extérieur en faisant l'objet d'imaginaires inconscientes* »³⁶. Le processus inverse est la projection. Quelques années après, J. LAPLANCHE et J-B. PONTALIS dans leur ouvrage intitulé « Vocabulaire de la psychanalyse » définissent l'introjection comme : « *un processus de passage du dehors vers le dedans, sur le plan du fantasme.* ». « *Ces activités permettent donc d'intégrer en soi des éléments psychiques transformés ou nouveaux, d'enranger de nouveaux modes de pensée ou de défense, de modifier notre point de vue, d'ouvrir des perspectives inattendues, de modifier notre système de mécanismes de défense en vue de l'assouplir ou de l'enrichir.* »³⁷. Les médiations créatives proposent donc un travail de ces deux processus psychiques principaux que sont la projection et l'introjection. Ces processus sont toujours en évolution constante dans notre psychisme.

La dimension créative de l'ergothérapeute, en psychiatrie, s'exerce dans sa propre façon de proposer des activités et de poser le cadre. C'est la façon dont l'ergothérapeute propose au patient d'être créatif qui est soulignée.

³⁵ ERGOPSY. Différentes activités. [En ligne]. Disponible sur : <http://ergopsy.com/fonctions-de-la-mediation-a403.html>. (Consulté le 19 avril 2015).

³⁶ ENCYCLOPAEDIA UNIVERSALIS. Introjection. [En ligne]. Disponible sur : « <http://www.universalis.fr/encyclopedie/introjection/> ». (Consulté le 29 avril 2015).

³⁷ ERGOPSY. Différentes activités. [En ligne]. Disponible sur : <http://ergopsy.com/fonctions-de-la-mediation-a403.html>. (Consulté le 19 avril 2015).

2.3 La créativité : une condition d'exercice dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute, par l'évolution des modèles conceptuels du handicap

La pratique des ergothérapeutes se développe et se perfectionne, de manière étroite, avec l'évolution des concepts médicaux des modèles conceptuels qui s'y rattachent. Le modèle biomédical amène les ergothérapeutes à travailler de façon plus procédurière. Aujourd'hui, avec l'arrivée de nouvelles visions et concepts, la créativité de l'ergothérapeute est sollicitée au cœur de la prise en charge avec le patient. On la retrouve dans l'adaptation et la personnalisation des prises en charges. L'ergothérapeute doit être polyvalent et posséder une bonne capacité d'adaptation. Nous allons aborder dans les parties suivantes l'évolution de ces concepts et leurs impacts sur la pratique de l'ergothérapeute.

2.3.1 Le modèle biomédical : une pratique centrée sur la pathologie

La pratique des ergothérapeutes repose, nécessairement, sur l'évolution des idées et concepts médicaux ainsi que sur l'évolution de la conception du handicap. La société française du XX^e siècle a été marquée par toute une série de guerres. Ces conflits ont engendré, à chaque fois, plusieurs centaines de milliers de blessés, d'invalides de guerre. La politique de santé publique développée à l'époque, pour répondre aux problèmes des invalides de la Seconde Guerre mondiale, fut celle de la réparation et de la compensation des limites fonctionnelles occasionnées par les blessures. L'objectif de cette politique de santé est celui de la réadaptation³⁸. Durant toute cette période, l'inscription du concept de handicap n'a fait que de se renforcer et s'inscrire dans la société.

En 1980, une première classification, appelée Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CIDIH) ou Classification Internationale des Handicaps³⁹ (CIH), reposant sur le modèle du Docteur Philip Wood créé en 1973, a été établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette classification, qui reflète alors le modèle médical traditionnel, est centrée sur la pathologie du patient.

Elle définit le handicap en 3 points principaux :

- La déficience, qui peut être psychologique, physiologique ou anatomique. Elle correspond à l'aspect lésionnel du handicap.

³⁸ JAMET F., La nouvelle revue de l'AIS. De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF), 2^{ème} trimestre 2003, n°22, pp.163-171.

³⁹ Annexe II.

- L'incapacité, qui est une réduction partielle ou totale d'une capacité. Elle correspond à l'aspect fonctionnel du handicap.

- Le désavantage qui s'inscrit dans l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle. Il correspond à l'aspect situationnel du handicap.

Le thérapeute s'intéresse surtout aux symptômes, aux manifestations cliniques de la pathologie ainsi qu'au handicap qui en découle. Lorsque ceux-ci sont clairement identifiés, il prodigue au patient le traitement adapté pour soigner cette pathologie. Le thérapeute prend en charge tous les patients atteints de lombalgies chroniques de la même façon, en appliquant le même protocole, sans prendre en compte le vécu et l'histoire de chacun. Il n'y a là aucune forme de créativité, ni aucune forme de personnalisation quant à la prise en charge des patients. Tous sont traités de la même façon. Il y a une procédure à suivre et le thérapeute la suit.

2.3.2 Vers de nouvelles modélisations : la remise en cause progressive du modèle bio-médical

Dans les années 1980, la France s'inspire d'une nouvelle classification québécoise : le Processus de Production du Handicap⁴⁰ (PPH). Elle a pour objectif central de donner un sens concret à l'affirmation du mouvement social de promotion des droits dans les années 70-80. « *Ce n'est pas parce que je suis différent que je suis ou que je dois être « handicapé »* » (RAVAUD J.P., FOUGEYROLLAS P. 2005).

Ce modèle permet de façon équilibrée, pédagogique et pratique d'identifier les variables personnelles (systèmes organiques, aptitudes, identité socioculturelle), les variables environnementales sociales et physiques et les variables situationnelles selon les dimensions de la participation sociale. Le modèle montre que c'est la rencontre de la personne fonctionnellement différente avec son environnement de vie spécifique qui détermine la qualité de sa participation sociale. Le milieu de vie peut constituer un obstacle ou faciliter la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux.⁴¹

En 2001, une révision de la CIH est proposée par l'OMS afin de préciser le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap et l'interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement. La CIF⁴² (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) est adoptée le 22 mai 2001 par l'OMS dans 200 pays. Cette classification permet aux thérapeutes d'avoir une vision plus globale du patient en interaction avec son environnement.

⁴⁰ Annexe III.

⁴¹ FOUGEYROLLAS P., Synthèse de la conférence prononcée lors de la journée d'étude organisée par l'ANDESI, le 15 juin 2005, « *la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* », p.4.

⁴² Annexe IV.

On parle alors de facteurs contextuels qui regroupent les facteurs environnementaux et personnels du patient. Cette avancée vers un modèle « biopsychosocial », permet d'étudier l'activité humaine dans toutes ses composantes : physiques, psychiques, sociales et spirituelles. C'est le reflet de la volonté de mieux prendre en considération la complexité des situations humaines.

Ce système conçoit le handicap comme un phénomène centré sur l'individu. Le thérapeute propose au patient des activités significatives pour lui et doit personnaliser sa prise en charge. C'est à cet endroit, que la créativité, issue de la personnalité du thérapeute, va entrer en jeu pour proposer des activités adaptées pour le patient avec le matériel qu'il a à sa disposition.

3 La norme et les concepts associés

3.1 La norme

3.1.1 Définition

De façon générale, la norme est définie dans le dictionnaire Larousse comme : « *Une règle, un principe, un critère auquel se réfère tout jugement* », « *L'ensemble des règles de conduite qui s'imposent à un groupe social* »⁴³. De façon indéniable, derrière ce terme se dissimulent de multiples définitions et conceptions. D'une part, la notion de norme renvoie à la notion de réglementation, à travers les traités, les lois, les décrets, etc., qui régissent les fondements de la société.

D'autre part, ce concept renvoie aussi à la notion de « normalisation volontaire »⁴⁴. Bien que ces deux notions soient complémentaires, elles sont pourtant bien différentes et n'ont pas les mêmes intérêts.

⁴³ LAROUSSE. Norme. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/norme/55009> ». (Consulté le 30 avril 2015).

⁴⁴ ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION. La norme est-elle obligatoire ? [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.afnor.org/liste-des-actualites/actualites/2014/decembre-2014/la-norme-est-elle-obligatoire> ». (Consulté le 30 avril 2015).

3.1.1.1 La norme « volontaire »⁴⁵

Selon l'Agence Française de Normalisation (AFNOR), la norme volontaire ou autrement appelée norme « technique » est : « *un document de référence publié par un organisme de normalisation (l'AFNOR en France). Il est élaboré collectivement, à la demande et avec le concours actif des parties intéressées, souvent fédérées de manière représentative (entreprises, consommateurs, associations, syndicats, collectivités locales...).* »⁴⁶. La norme volontaire porte sur les règles de bonnes pratiques professionnelles, les exigences d'un produit, d'une activité et ses résultats attendus par le client lors de son utilisation. Ces règles volontaires sont dynamiques parce qu'elles sont révisées nécessairement au moins tous les 5 ans. Elles sont élaborées au niveau international. Cette norme permet de : « *définir un langage universel entre les différents acteurs économiques, de développer la confiance et de faciliter les échanges commerciaux, tant nationaux qu'internationaux.* ». À titre d'exemple, les formats A4 et MP3 sont des normes « volontaires », universelles, connues du grand public.

3.1.1.2 La réglementation⁴⁷

La réglementation, contrairement à la norme volontaire, est créée par des instances administratives telles que l'État, l'Assemblée Nationale, les collectivités. Elle découle d'un projet de loi ou d'un règlement bien précis. Son respect ainsi que son application sont obligatoires, à la différence des normes volontaires. Dans certaines situations précises, d'ordre d'intérêt général touchant le domaine de la santé, de la sécurité par exemple, l'administration peut avoir recours à une norme volontaire et s'y référer. Cette démarche a pour but de garantir l'acquisition d'un certain niveau d'exigence, de qualité et de sécurité des personnes utilisatrices ou des installations. Dans cette situation, l'Agence Française de Normalisation indique que : « *La norme volontaire citée dans la réglementation devient alors, dans ce cas très précis, d'application obligatoire* ». Dans ce cas-ci, la norme est donc utilisée comme un outil pour élaborer la réglementation en question. La loi impose une finalité à atteindre et la normalisation volontaire propose des moyens pour y parvenir, sans que ceux-ci ne soient à tout moment imposés : « *ils sont simplement reconnus comme valables* ».

⁴⁵ ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION. La norme est-elle obligatoire ? [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.afnor.org/liste-des-actualites/actualites/2014/decembre-2014/la-norme-est-elle-obligatoire> ». (Consulté le 27 avril 2015).

⁴⁶ ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION. La norme est-elle obligatoire ? [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.afnor.org/liste-des-actualites/actualites/2014/decembre-2014/la-norme-est-elle-obligatoire> ». (Consulté le 30 avril 2015).

⁴⁷ Ibid.

Tout acteur est libre du choix des outils qu'il emploie et en aucun cas l'utilisation de ces normes volontaires n'est obligatoire. Le but final est que l'objectif défini par la loi soit atteint.

3.1.2 Les organismes de normalisation

3.1.2.1 À l'échelon international

En 1947 l'*International organization for standardization* (ISO) a établi la notion de « Normes Internationale ISOs ».

Elle définit la norme comme étant : « *un document qui définit des exigences, des spécifications, des lignes directrices ou des caractéristiques à utiliser systématiquement pour assurer l'aptitude à l'emploi des matériaux, produits, processus et services.* »⁴⁸.

À ce jour l'ISO a établi plus de 19 500 normes internationales. Le but de ces normes est de garantir des produits et des services sûrs, fiables et de bonne qualité à l'échelon international. Elles permettent de faciliter le libre-échange ainsi que le commerce équitable dans le monde.

Pour les entreprises, ces normes ont pour avantage, d'une part d'augmenter les opérations financières et donc d'améliorer le bilan financier de chacune et d'autre part, de permettre de garantir une qualité du produit incontestable qui va entraîner une meilleure satisfaction de la clientèle et donc une augmentation des ventes.

On peut donc constater que ces normes apportent des avantages à la fois pour le producteur mais aussi pour les consommateurs.

3.1.2.2 À l'échelon national

L'Association Française de Normalisation (AFNOR) et ses diverses filiales forment un groupe à l'échelon national. « *Il conçoit et déploie des solutions fondées sur les normes, sources de progrès et de confiance.* »⁴⁹. Ce groupe se définit autour de 4 grands domaines de compétences : la normalisation, la certification, l'édition de solutions et services d'information technique et professionnelle ainsi que la formation.

Fondée en 1926, l'Association Française de Normalisation a pour mission générale : « *d'orienter, animer et coordonner l'ensemble des travaux de normalisation du système français de normalisation composé de l'AFNOR et de bureaux de normalisation sectoriels agréés* »⁵⁰.

⁴⁸ ORGANISATION INTERNATIONALE DE NORMALISATION. Normes ISO. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.iso.org/iso/fr/home/standards.htm> ». (Consulté le 20 décembre 2014).

⁴⁹ ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION. A propos d'AFNOR. [En ligne]. Disponible sur : « <http://www.afnor.org/groupe/a-propos-d-afnor/qui-sommes-nous> ». (Consulté le 30 avril 2015).

⁵⁰ ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION. Statuts d'AFNOR. [En ligne]. Disponible sur : « <http://www.afnor.org/> ». (Consulté le 9 février 2015).

3.2 La qualité

3.2.1 Définition

Dans le dictionnaire Larousse, la qualité est définie de façon générale comme : « *l'ensemble des caractères, des propriétés qui font que quelque chose correspond bien ou mal à sa nature, à ce qu'on en attend* » ou « *ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne* »⁵¹.

Cependant ce concept de qualité, de par ses nombreuses définitions, n'a pas la même signification pour tout le monde. Pour certaines personnes, la qualité renvoie à un degré de satisfaction, pour d'autres, il réfère à une norme qui se doit de répondre aux exigences du consommateur.

3.2.2 Origines

Au XIX^{ème} siècle, les productions sont dites artisanales : les produits sont fabriqués en petite quantité, par des professionnels qui sont formés spécifiquement dans le domaine qu'ils exercent. La clientèle est restreinte mais fidélisée. Le but n'est pas la quantité mais la qualité ! En effet la conscience professionnelle et l'amour du métier l'emportent sur la production de masse.

C'est au début du XX^{ème} siècle, lors de l'essor industriel, qu'apparaît le terme de « qualité ». En effet, l'évolution des moyens de communication va entraîner une augmentation accrue des demandes par les consommateurs.⁵²

Par ce phénomène, les entreprises et artisans sont contraints de produire plus et plus vite. Le savoir-faire de l'homme est remplacé par la technique et la rapidité de la machine au détriment de la qualité. C'est alors que Frederick Winslow Taylor met au point une technique de travail révolutionnaire, pour l'époque, appelée le Taylorisme. Cette composante issue du travail à la chaîne pratiqué par Ford, inventeur de la méthode éponyme le Fordisme, consiste en : « *une analyse détaillée des modes et techniques de production (gestes, rythmes, cadences, ...) dans le but d'obtenir la meilleure façon de produire, de rémunérer (salaire horaire), et donc le meilleur rendement possible* »⁵³.

⁵¹ LAROUSSE. Qualité. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/qualit%C3%A9/65477?q=qualit%C3%A9#64734> ». (Consulté le 7 décembre 2014).

⁵² SITE DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Guide méthodologique. Démarque qualité, évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire. Direction Générale de l'Action Sociale. Mars 2004. [En ligne]. Disponible sur Internet : « http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf ». (Consulté le 18 avril 2015).

⁵³ HENRY FORD. [En ligne]. Disponible sur « <http://www.henryford.fr/fordisme/taylorisme/> ». (Consulté le 7 décembre 2014).

Par ces systèmes, la production de masse est préférée à la qualité. Ce phénomène entraînera la fabrication de produits présentant des malfaçons et qui sont ensuite vendus en état, encourageant donc le mécontentement du client.

La production en grande quantité est définie de moins bonne qualité que la fabrication artisanale. C'est par ce constat que l'on assiste à la naissance des contrôles qualité dans le secteur industriel, puis, par la suite, dans les autres domaines : sanitaire, social, médical.

3.3 La démarche qualité

Dans le domaine sanitaire et social on parle de qualité en termes de « démarche qualité ». L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), définit la qualité des soins comme étant :

Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.⁵⁴

Dans le secteur sanitaire, la démarche qualité a fait ses débuts avec la réforme hospitalière de 1990 qui a instauré la mise en place de l'évaluation médicale et qui s'est affirmée par la création de l'Agence Nationale de l'Evaluation Médicale (ANDEM). De plus, les ordonnances d'avril 1996 ont renforcé ce système en créant l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). L'article L710-5 du code de la santé publique stipule : « Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation »⁵⁵.

De plus, la promotion du droit des usagers se développe de façon importante au cours de ces dernières années. Les patients peuvent obtenir une reconnaissance et une liberté d'expression plus importante. Depuis, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁵⁶, le recueil de la satisfaction des patients est obligatoire dans tous les établissements de santé.

⁵⁴ SANTE PUBLIQUE. Qualité des soins. [En ligne]. Disponible sur : « <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/> ». (Consulté le 7 décembre 2014).

⁵⁵ SITE DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Guide méthodologique. Démarche qualité, évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire. Direction Générale de l'Action Sociale. Mars 2004. [En ligne]. Disponible sur Internet : « http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf ». (Consulté le 18 avril 2015).

⁵⁶ LEGIFRANCE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 : relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015> ». (Consulté le 4 avril 2015).

3.3.1 L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux⁵⁷

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002⁵⁸, rénovant l'action sociale et médico-sociale, rend la notion de qualité incontournable dans les établissements sociaux et médico-sociaux. De plus, celle-ci rend obligatoires et régulières deux types d'évaluations : l'évaluation interne et l'évaluation externe.

Ces évaluations doivent être précédées de la rédaction d'un projet d'établissement ou de service, d'un livret d'accueil, d'un contrat de séjour ou de service et d'un règlement de fonctionnement tenant compte des caractéristiques propres à chaque secteur, social et médico-social. Le projet d'établissement est élaboré en concertation avec les résidents, le personnel, les intervenants extérieurs, ainsi que les organismes de contrôle de l'établissement.

3.3.1.1 L'évaluation interne

L'évaluation interne se fait par le biais d'une auto-évaluation, réalisée par un groupe de travail composé de professionnels de l'établissement. Cette évaluation porte sur le fonctionnement de l'institution, l'analyse de pratiques professionnelles, les moyens mis en œuvre, les axes d'amélioration et les progrès effectués au sein de l'établissement. Elle a lieu tous les cinq ans.

Le rapport de cette évaluation interne est à communiquer obligatoirement lors de la convention tripartite. Cette convention réunit des membres représentants du Conseil Général, de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de l'établissement concerné. Rendue obligatoire depuis 2002, cette convention a pour but de détailler et définir l'ensemble des moyens mis en œuvre par l'établissement, tant sur le plan financier que sur la qualité des soins. De plus, c'est elle qui accorde les financements de l'institution.

⁵⁷ CLEIRPPA : CENTRE DE LIAISON, D'ETUDE, D'INFORMATION ET DE RECHERCHE SUR LES PROBLEMES DES PERSONNES AGEES. Qualité et démarche qualité : Enjeux, contexte et évolution dans le secteur des établissements sociaux et médico-sociaux. [En ligne]. Disponible sur : « <http://www.cleirppa.fr/UserFiles/File/demarche-qualite.pdf> ». (Consulté le 10 avril 2015).

⁵⁸ LEGIFRANCE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id> ». (Consulté le 30 avril 2015).

3.3.1.2 L'évaluation externe

C'est le décret 2007-975, du 15 mai 2007⁵⁹, qui encadre cette évaluation externe. Elle a lieu tous les 7 ans. Elle est réalisée par un organisme indépendant habilité par l'Agence Nationale de l'Évaluation de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Le but est d'apporter un regard extérieur sur la qualité d'accompagnement, de soins, et de prise en compte des droits des résidents au sein des structures sociales et médico-sociales.

Cette évaluation implique un diagnostic qui permet de :

- Porter une appréciation globale et un avis général sur l'établissement.
- Examiner les objectifs et perspectives d'avenir suite aux résultats de l'évaluation interne.
- Étudier certaines thématiques de l'établissement.

4 Partie exploratoire : la théorie confrontée au terrain

4.1 Rappel de l'objectif

Dans la première partie de ce mémoire, axée sur l'histoire et l'évolution de l'ergothérapie ces dernières années, nous avons essayé de dégager des éléments clés de la profession. Puis, nous avons abordé la définition et l'approfondissement des concepts de créativité et de norme qui, à première vue, s'opposent dans cet écrit, mais nous ont permis de nous questionner sur leur éventuelle compatibilité.

Nous rappelons la problématique de ce mémoire : **« l'évolution des normes influence-t-elle la pratique des ergothérapeutes et a-t-elle un impact sur leur créativité ? »**.

Pour répondre à cette question, il m'a donc semblé indispensable d'aller à la rencontre d'ergothérapeutes, qui par leur expérience professionnelle et leur regard extérieur, peuvent m'aider dans mes démarches de recherches et m'apporter des réponses qui me permettront de me positionner quant à mon hypothèse de travail.

⁵⁹ LEGIFRANCE. Décret n°2007-975 du 15 mai 2007. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822015> ». (Consulté le 30 avril 2015).

4.2 Hypothèses de départ

Les nouvelles normes (d'hygiène, de sécurité etc.) au sein des établissements de santé ont contraint l'ergothérapeute dans la pratique d'activités dites « artisanales » et manuelles, qui étaient le reflet de sa créativité. Auparavant, ces pratiques étaient même le principal outil de travail de l'ergothérapeute, qui était considéré comme un artisan et un artiste. À l'heure actuelle, ces activités manuelles sont de moins en moins utilisées voir même ont été oubliées.

Cependant, la créativité de l'ergothérapeute elle, ne s'est pas envolée avec ces pratiques. Aujourd'hui, l'ergothérapeute doit beaucoup s'adapter aux attentes et aux besoins du patient et il utilise une nouvelle forme de créativité au sein même de son travail lorsqu'il personnalise, adapte et fait au cas par cas. C'est une nouvelle forme de créativité.

Nous rappelons nos deux hypothèses de travail :

« La créativité, à travers les activités manuelles de l'époque, a disparu de la pratique des ergothérapeutes à cause de l'évolution des normes »

« Aujourd'hui, la créativité est une qualité essentielle pour un ergothérapeute. L'évolution a permis à celui-ci de la développer sous une nouvelle forme, à travers l'adaptation et la personnalisation des prises en charge, et il l'utilise aussi comme moyen thérapeutique pour faire ressortir la créativité du patient ».

4.3 Méthodologie : l'utilisation d'entretiens pour répondre à l'hypothèse

4.3.1 Population

Pour cette étude, j'ai choisi de m'entretenir avec quatre ergothérapeutes, travaillant dans des structures différentes, avec des types de population de patients différents.

Ergothérapeute	Type de structure	Type de population de patients rencontrés
E1	Maison d'Accueil Spécialisée Foyer d'Accueil Médicalisé Personnes Handicapées Vieillissantes Foyer d'Accueil Spécialisé	Adultes polyhandicapés
E2	Centre de Rééducation	Adultes : Neurologie, traumatologie, dos...
E3	Centre Psychiatrique	Adultes : Psychiatrie
E4	Centre de Rééducation	Adultes : Neurologie

De plus, j'ai essayé de choisir des ergothérapeutes d'âges sensiblement différents, afin de recueillir les points de vue de personnes de générations différentes.

4.3.2 Matériel

Le but de ces recherches n'est pas de quantifier ou de dénombrer un phénomène, mais un approfondissement du sujet choisi. C'est pourquoi, je me suis alors dirigée vers la réalisation d'entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien permet une certaine guidance de l'enquêteur, qui peut cibler ces questions, de façon claire et précise, sur les thèmes importants abordés dans son étude, tout en favorisant la libre expression de la personne enquêtée.

J'ai choisi d'établir, préalablement, un guide d'entretien⁶⁰. Celui-ci a été construit sur la base de 7 questions, qui portent sur l'avis et l'expérience professionnelle des personnes interviewées. Je souhaitais obtenir, de la part des ergothérapeutes rencontrés, des réponses larges, personnelles et spontanées. J'ai essayé que mes questions soient les plus neutres possibles afin que la personne ne soit, en aucun cas, influencée par un quelconque élément de ma part. Mon sujet porte sur la pratique de l'ergothérapeute, je n'ai donc pas pu questionner directement la personne sur sa pratique, sans que celle-ci ne ressente cet entretien comme un interrogatoire.

J'ai donc essayé d'alterner à chaque fois des questions personnelles et plus générales afin que la personne me donne toujours son avis, sur sa pratique et sur la profession.

Le guide d'entretien est organisé en 4 parties :

- Première partie : elle porte sur les activités manuelles. Cette partie a pour but de commencer l'entretien par un retour en arrière, « flash-back », de l'ergothérapie. D'un point de vue général de la profession dans un premier temps, puis sur la pratique professionnelle de la personne dans un second temps.
- Deuxième partie : elle permet d'aborder avec la personne la notion de créativité. Étant un concept très vaste, j'ai, volontairement, omis de définir cette notion pour ne pas biaiser et influencer les réponses de la personne. Par ces questions, j'ai recueilli l'avis de la personne et l'ai fait s'interroger sur sa propre pratique, comme une Analyse Réflexive de sa Pratique Professionnelle (ARPP).

⁶⁰ Annexe V.

- Troisième partie : elle porte sur la norme, et a pour but de faire ressortir l'esprit critique de la personne.
- Quatrième partie : j'ai choisi de finir l'entretien par un sujet « neutre ». Cette ouverture m'a permis de voir comment la personne se projette dans le futur et comment elle imagine l'avenir de la profession.

4.3.3 Procédure

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux de travail des ergothérapeutes rencontrés. Ils se sont passés dans des endroits calmes. Nous étions installés face à face. Avant chaque entretien, je rappelle à la personne le sujet de mon mémoire et la remercie pour sa disponibilité ainsi que l'intérêt qu'elle porte à mon travail. Je lui demande, une nouvelle fois, si je peux conserver un enregistrement audio de l'entretien. Cela me permet, par la suite, de les retranscrire⁶¹ et d'analyser de façon plus précise les propos recueillis à l'aide d'un tableau d'analyse⁶². De plus lors de l'entretien, cela me permet d'être beaucoup plus à l'écoute de la personne et d'observer ainsi le langage non verbal de celle-ci.

4.4 Analyse des entretiens

4.4.1 Analyse longitudinale des entretiens

4.4.1.1 Entretien n°1

L'entretien est réalisé auprès d'un ergothérapeute qui travaille dans une Maison d'Accueil Spécialisée, un Foyer d'Accueil Médicalisé, un établissement pour Personnes Handicapées Vieillissantes ainsi qu'un Foyer d'Accueil Spécialisé. Diplômée en 2006, elle travaille actuellement avec des adultes polyhandicapés. L'interviewée exprime de façon très claire son avis sur le besoin de créativité de l'ergothérapeute : « *C'est un peu la « patte » des ergothérapeutes à mon sens à moi, c'est un peu juste ce qui fait le fait qu'on soit ergothérapeute* ». Elle essaie toujours de travailler sur des activités concrètes de la vie quotidienne : « *Actuellement à la MAS, je fais très peu d'activités manuelles, mais j'essaie toujours de me rapprocher de quelque chose de concret* ».

En raison de la population de patients polyhandicapés avec laquelle elle travaille et de l'intervention de personnes extérieures, prévues à cet effet, elle n'utilise pas beaucoup les activités manuelles :

⁶¹ Annexe VI.

⁶² Annexe VII.

« Je travaille avec un public polyhandicapé et du coup en activités manuelles on a beaucoup d'intervenants extérieurs qui viennent et qui utilisent la peinture, le collage etc. ». Cependant elle est obligée de réaliser un grand nombre d'adaptations elle-même : « On fait beaucoup de fabrications maison, surtout au niveau des contacteurs par exemple ». Les normes ne la gênent pas dans sa pratique professionnelle car selon elle, les normes à appliquer sont naturelles et réalisées de façon automatique : « Finalement on n'est pas vraiment contraints par ces normes parce que c'est comme ça qu'on aurait fait de toute façon ».

4.4.1.2 Entretien n°2

L'entretien est réalisé auprès d'une ergothérapeute qui travaille dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Diplômée depuis 1987, elle exerce dans ce centre de rééducation depuis juin 1988. Son expérience professionnelle au sein de cette structure m'a beaucoup intéressée car elle a pu suivre l'évolution du service d'ergothérapie durant ces 27 dernières années. Elle est très polyvalente et son exercice au sein de cet hôpital lui permet de côtoyer des patients avec tous types de pathologies. L'interviewée exprime clairement sa satisfaction et son épanouissement dans son travail actuel : *« Oui je suis toujours épanouie, quand je suis arrivée ici il y a eu une période où je me suis dit que je ne resterai pas et voilà 26 ans après »*. Elle exprime cependant une légère nostalgie quant à l'utilisation des activités manuelles qui ont, actuellement, disparu du service d'ergothérapie : *« Moi ça me manque, le côté manuel me manque. Après je m'y suis faite à force »*. Elle explique aussi que l'autonomie du patient est sa priorité et cela quel que soient les moyens mis en œuvre et la difficulté du travail : *« On nous appelle un peu les bricolo-thérapeutes [...] si le patient me demande quelque chose et que je sais que j'ai la capacité de le faire et de le réussir, oui je vais le faire »*. Elle explique que, selon elle, l'ergothérapeute est un professionnel qui a besoin d'imagination dans sa pratique, mais que celle-ci doit être encadrée et réglementée par des normes pour assurer le suivi et la sécurité du patient : *« Il faut passer par là pour que le patient se sente en sécurité et qu'il y ait un suivi correct, qu'il n'y ait pas d'erreur de faite parce que ça peut coûter cher »*.

4.4.1.3 Entretien n°3

L'entretien est réalisé auprès d'un ergothérapeute exerçant dans un centre psychiatrique depuis 25 ans. Diplômé en 1986, il travaille actuellement avec des adultes hospitalisés dans ce centre de façon consentante ou à la demande d'un tiers. Cet ergothérapeute a beaucoup d'expérience quant à la créativité et l'innovation car il est l'inventeur, avec son associée, d'un outil qui a été

validé et commercialisé. Dans sa pratique, il utilise fréquemment les activités manuelles, à visée créative ou productive, en fonction des patients et des objectifs fixés : *« Il y a les deux ! Et cela dépend de ce qu'on va vouloir aller travailler avec le patient »*. Pour lui, la créativité est un élément clé de la pratique des ergothérapeutes : *« Il y a de la créativité et ça c'est sûr ! Et il en faut ! Cela fait 25 ans que j'innove de nouvelles activités dans le service et je ne pourrais pas faire autrement »*. Cependant, il insiste aussi pour dire que les normes sont essentielles aux bonnes pratiques. Selon lui, ces normes varient en fonction de l'environnement dans lequel nous sommes : *« On est dans un cadre thérapeutique, on est à l'hôpital, et il y a des normes précises et différentes de chez nous »*. Chaque personne est responsable de ses actes et il se doit, en tant que thérapeute, de connaître les règles qui lui sont imposées : *« Au niveau de la déontologie, on doit connaître les normes et si on ne les applique pas, il faut avoir de bonnes raisons »*. Selon lui, normes et créativité sont indispensables à la pratique de l'ergothérapeute et elles s'avèrent être complémentaires : *« Ce qui n'empêche pas de créer et d'innover ! Les deux ne sont pas incompatibles »*.

4.4.1.4 Entretien n°4

L'entretien est réalisé auprès d'un ergothérapeute exerçant dans un Centre de Médecine Physique et de Réadaptation pour Grands Handicapés. Ergothérapeute et cadre de santé, il dirige ses prises en charge sur des activités qui ont du sens pour les patients : *« Il faut proposer au patient des activités qui ont du sens pour lui et lui expliquer à quoi elles servent. Et c'est ce qu'on appelle l'engagement occupationnel »*. Dans la pratique, il ne parle pas de créativité à proprement parler mais plutôt de savoir-faire et de compétences : *« Ce n'est pas mon esprit créatif qui est sollicité là, c'est plutôt mon esprit ingénieux, précis, c'est de la compétence »*. Selon lui, les normes n'ont pas d'impact direct sur les moyens qu'utilise l'ergothérapeute mais : *« Les normes vont influencer l'utilisation des moyens que l'on utilise, mais elles n'influent pas sur nos moyens eux-mêmes »*. Au contraire, il insiste sur le fait que les ergothérapeutes sont libres d'utiliser les moyens qu'ils souhaitent : *« On est encore libre de nos moyens et c'est ce qui donne tout le sens à notre métier »*. Ce serait donc la façon dont on utilise ces moyens qui serait modifiée et non les moyens eux-mêmes. Quant à la créativité, abordée de façon générale, elle ne serait pas effacée de la pratique des ergothérapeutes, mais simplement modifiée et adaptée au contexte actuel de la profession : *« La créativité n'a pas disparu, mais elle rentre simplement dans les conditions d'exercice »*.

Enfin, il termine en disant qu'il est nécessaire, pour les années à venir, que les ergothérapeutes aient une grande capacité d'adaptation : *« On n'aura pas le choix parce que ces normes nous sont imposées par la société. Donc là-dessus, ça sera incontournable et on devra adapter notre activité professionnelle à l'évolution des normes ».*

4.4.2 Analyse transversale des entretiens

4.4.2.1 Une évolution de la profession

Lors de l'analyse des entretiens de notre échantillon de personnes interrogées, nous notons que 3 ergothérapeutes sur 4 ont pu nous parler de leur pratique professionnelle de façon chronologique. On remarque qu'ils ont tous les trois comparé, de façon naturelle, leur pratique « passée » et « actuelle ». On relève des propos tels que : *« Au début de mon exercice professionnel », « Lorsque j'ai débuté » et « Aujourd'hui ».* L'ergothérapeute (E1) interviewée en premier, étant jeune diplômée et n'ayant pas assez de recul à l'heure actuelle, n'a pas pu parler de sa pratique antérieure mais uniquement de sa pratique actuelle.

Tous les trois évoquent leurs souvenirs de l'ergothérapie passée en terme « d'occupationnel ». L'interviewée n°2 évoque : *« C'était à nous d'aller chercher les patients, il n'y avait pas de prescription médicale. Les patients que l'on avait, étaient des gens qui étaient là pour s'occuper ».* L'interviewé n°3 évoque les bienfaits que pouvait apporter l'occupation à l'époque : *« On occupait les patients parce que les occuper avait des bienfaits. Le fait d'avoir une activité plusieurs fois par jour permettait de se décentrer de son mal-être et de redonner un rôle social ».* L'interviewé n°4 l'explique en terme d'avancée vers de nouvelles modélisations : *« Au début de l'ergothérapie, notamment en France, on utilisait l'activité parce qu'elle avait des vertus sur les déficiences majoritairement et parce qu'on réfléchissait sur un modèle biomédical ».* On constate, à travers ces trois entretiens, que le rôle essentiel de l'ergothérapeute, à l'époque, était essentiellement basé sur les activités manuelles et l'appareillage. L'interviewée n°2 évoque : *« Dans le service, quand je suis arrivée il y a 26 ans, on ne faisait que de l'appareillage et il y avait une salle de vannerie où on faisait de l'occupationnel avec les patients ».* Cependant, on ressent dans l'entretien de ces trois personnes, très peu de nostalgie quant à la pratique et reconnaissance antérieure de l'ergothérapeute. Ils affirment que la profession a considérablement évolué ces dernières années. L'interviewé n°4 parle d'évolution en terme de reconnaissance médicale et de pratique professionnelle de l'ergothérapeute vis-à-vis du recentrage du patient en tant qu'individu à part entière.

Il évoque : « *La vision de l'ergothérapie a changé, elle s'est modélisée, recentrée et re-justifiée. Notamment avec le PPH (Processus de Production du Handicap)* ». Cependant, il a fallu aux ergothérapeutes se faire reconnaître et prouver les bienfaits de l'ergothérapie. L'interviewée n°2 insiste quant aux faits que : « *Il a fallu qu'on se fasse reconnaître, qu'on prouve que les patients avaient besoin de nous, qu'ils avaient besoin de faire de l'ergothérapie pour les aider dans la progression de leur pathologie* ».

De plus, les moyens techniques de l'époque n'étaient pas ceux d'aujourd'hui. Les ergothérapeutes ne disposaient pas d'un panel d'aides techniques et d'adaptation comme maintenant. C'est pourquoi, ils devaient se montrer créatifs et inventifs pour répondre aux demandes d'aménagement et d'adaptation des patients. L'ergothérapeute E2 déclare : « *En 26 ans, moi le nombre de choses que j'ai bricolé pour les patients, soit parce qu'on ne pouvait pas les trouver dans les catalogues ou parce que c'était très spécial* ».

Ce que nous retenons de cette analyse : il y a 20 ans on définissait l'ergothérapie en terme d'occupationnel. Celle-ci est alors définie, uniquement, en termes d'activités manuelles, comme la menuiserie et la vannerie, ainsi qu'en termes d'appareillage. Les moyens techniques et d'adaptation étant moins diversifiés qu'aujourd'hui, l'ergothérapeute devait être créatif quant à l'aménagement et l'adaptation de l'environnement du patient. Des prises en charge qui reflètent les modèles biomédicaux de l'époque, centrées sur la déficience du patient et non sur des activités significatives pour lui. L'ergothérapie n'était pas reconnue et il a fallu que les ergothérapeutes prouvent leur efficacité pour affirmer leur nécessité dans le processus de guérison des patients.

4.4.2.2 L'utilisation des activités manuelles

4.4.2.2.1 Une disparition progressive dans les pratiques actuelles

L'ergothérapie, qui par le passé, était essentiellement centrée sur les activités manuelles à visée occupationnelle comme la menuiserie, la vannerie etc... a vu ces pratiques peu à peu disparaître des salles d'ergothérapie. Pensant que l'évolution des normes de sécurité et d'hygiène notamment, de plus en plus rigoureuses, était la cause de cette progressive disparition, à travers l'analyse de ces entretiens, nous avons observé un tout autre constat.

En effet, comme l'explique l'interviewé n°3 les progrès médicaux auraient amené ces activités manuelles à s'estomper peu à peu : « *C'est l'évolution de la science, de la médecine qui fait que l'ergothérapie a évolué. On est passé des activités artisanales en rééducation, aux bilans* ».

L'interviewée n°2 parle, quant à elle, de l'avancée technologique : « *Avant, il arrivait qu'on soit amené à fabriquer nous-mêmes des aides techniques. Aujourd'hui, cela arrive moins, parce qu'on a des catalogues et on va fouiller sur des sites internet et par ce fait on a un large choix et on trouve plus rapidement ce que l'on cherche* ». Cette évolution s'explique aussi par le recentrage du patient en tant qu'individu et l'orientation des objectifs thérapeutiques vers des activités signifiantes pour lui. L'interviewé n°4 explique son point de vue : « *J'ai vu plus de moyens disparaître par sous-utilisation, parce qu'ils n'étaient plus centrés sur le patient que par les normes [...] Je pense que c'est davantage le recentrage de l'ergothérapie dans les activités qui ont du sens pour le patient* ». De plus, les changements dans les unités d'enseignements, au sein des Instituts de Formation en Ergothérapie de France, ne font qu'accentuer ces propos. En effet, l'interviewée n°2 nous explique : « *Moi j'ai eu tous les cours de travaux manuels possibles [...] on avait 4 heures de pratique tous les matins, tous les jours. Cela représentait quasiment la moitié de notre enseignement* », contrairement à aujourd'hui où les travaux manuels ne représentent plus une part aussi importante.

Ce que nous retenons de cette analyse : les activités manuelles n'ont pas disparu à cause de l'évolution des normes, mais par le biais de l'avancée de la science, des technologies et l'orientation des prises en charge plus centrées sur le patient.

4.4.2.2.2 Leurs utilisations actuelles

Aujourd'hui, les activités manuelles présentes dans les salles d'ergothérapie ne sont plus destinées à de l'occupationnel. Comme nous l'explique l'interviewée n°1, actuellement il y a une réelle distinction entre l'ergothérapie et l'occupationnel. Dans la Maison d'Accueil Spécialisée où elle travaille, des personnes qualifiées interviennent auprès des patients pour les occuper : « *De ce fait, pour les activités manuelles à visée occupationnelle on a beaucoup d'intervenants extérieurs qui viennent et qui utilisent ces activités* ».

Lorsque l'ergothérapeute utilise une activité manuelle, quelle qu'elle soit, elle est utilisée soit dans un but créatif ou productif. Ce but que l'ergothérapeute va donner à l'activité qu'il propose, va dépendre du type de patient avec lequel il travaille. Par exemple, en psychiatrie, l'interviewé n°3 nous explique : « *J'utilise la pyrogravure, la peinture etc...à but créatif et productif ! Il y a les deux et ça dépendra de ce que l'on va vouloir travailler avec le patient. Si on schématise : chez un patient névrosé, on va plus travailler l'affirmation de soi, la reconstruction de l'identité personnelle donc, on va être plus dans la créativité. Avec un patient schizophrène ça va être l'inverse. On va travailler le ré-encrage dans la réalité et donc cela sera plus à visée de production* ». L'interviewée n°1 nous donne l'exemple de la cuisine thérapeutique et nous explique,

qu'ici, l'objectif de l'activité sera établi en fonction de la possibilité des patients : *«A une époque, je faisais de la cuisine thérapeutique. Actuellement je ne peux plus, mais si j'avais des patients avec des capacités motrices plus aisées, on pourrait bien acheter des outils permettant de tailler des crudités et décorer une assiette. Et là, on serait à la fois dans la créativité et la production ».*

Ce que nous retenons de cette analyse : les activités manuelles peuvent être orientées vers la création ou la production. Cet objectif dépend, d'une part, des capacités du patient, de sa pathologie et d'une autre part, de ses objectifs thérapeutiques.

4.4.2.3 Ergothérapie et créativité

4.4.2.3.1 Le besoin de créativité de l'ergothérapeute

Lors de l'analyse des entretiens de notre échantillon de personnes interviewées, nous constatons que 2 ergothérapeutes sur 4 nous ont affirmé de façon très déterminée que l'ergothérapeute avait besoin d'être créatif. E1 exprime : *« La créativité c'est un peu la « patte » des ergothérapeutes, à mon sens à moi ! C'est juste ce qui fait le fait qu'on soit ergothérapeute ».* E3 ajoute : *« Je pense foncièrement qu'il faut être innovateur et créateur [...] Il y a de la créativité ça c'est sûr et il en faut ! Ça fait 25 ans que je mets en place, que j'innove de nouvelles activités dans le service et je ne pourrai pas faire autrement ».* Un ergothérapeute émet un avis moins directif mais évoque tout de même la créativité : E2 : *« Je parlerai d'imagination. Mais créativité et imagination sont peut-être un peu liées ».* L'ergothérapeute n°4, quant à lui, n'a pas parlé en termes de créativité : E4 *« Ce n'est pas mon esprit créatif qui est sollicité c'est plutôt mon esprit ingénieux, précis, c'est de la vraie compétence ».*

Ce que nous retenons de cette analyse : il faut de la créativité. Pour autant, elle n'est pas présente tout le temps et il y a aussi d'autres qualités utiles comme l'imagination, le savoir-faire et l'ingéniosité, qui sont essentielles aux pratiques de l'ergothérapeute.

4.4.2.3.2 L'utilisation de la créativité comme moyen thérapeutique avec le patient

À travers diverses activités, l'ergothérapeute a la possibilité de solliciter la créativité du patient et de l'utiliser comme moyen thérapeutique. L'ergothérapeute E3 explique comment et pourquoi il a mis en place un atelier créatif dans son service : *« Avec mon collègue, nous avons créé un groupe créatif dans lequel on travaille sur des œuvres communes. Le concept est sympa, il permet des interactions, de faire émerger la créativité de chacun et de voir la place de chaque personne dans le groupe ».*

De même, l'interviewée E1 nous raconte comment, chaque mois, elle crée et édite un journal avec les résidents en mesurant les intérêts qu'il apporte : « *Même si on reste sur la créativité au niveau cognitif. Par exemple, dans le journal des résidents, il faut être créatif [...] on va inventer un jeu, avec les patients, pour l'inclure dans le journal [...] et finalement on se rend compte que ce jeu est un super exercice thérapeutique et qu'on va le faire plus souvent* ».

Ce que nous retenons de cette analyse : faire ressortir la créativité du patient et l'utiliser comme moyen thérapeutique est un procédé très intéressant. Cette créativité permet au patient de s'épanouir à travers une activité tout en travaillant sur un objectif thérapeutique, préalablement ciblé par l'ergothérapeute.

4.4.2.3.3 L'utilisation de la créativité comme condition dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute

Dans sa pratique professionnelle, l'ergothérapeute doit mettre en œuvre des moyens thérapeutiques adaptés au patient et à ses objectifs. Pour cela, il se sert des moyens qu'il a à sa disposition, mais qu'il doit personnaliser, pour répondre de la façon la plus précise possible aux attentes de celui-ci. La créativité est un outil dont se sert l'ergothérapeute pour personnaliser ses moyens et sa prise en charge ainsi que pour transformer ceux-ci en activités signifiantes pour le patient. L'ergothérapeute interviewé n°4 l'explique en terme « d'engagement occupationnel » : « *C'est important que l'on retrouve dans les prises en charge des ergothérapeutes, une part de la personnalité de chacun [...]. Il faut pouvoir proposer au patient des activités qui ont du sens pour lui et les lui expliquer. C'est ce qu'on appelle l'engagement occupationnel [...]. Parce que chaque personne, chaque individu, avec un problème de santé ou non, a singulièrement ses difficultés au quotidien* ».

L'ergothérapeute E1 explique, à travers deux exemples, comment, avec une touche de créativité et d'ingéniosité, elle arrive à détourner le sens primaire d'un jeu pour s'en servir comme outil thérapeutique : « *Par exemple, pour une personne qui aura un manque de motricité au niveau du membre supérieur, je vais utiliser le Memory[®], en étalant les pièces loin sur la table, de façon très espacée et la personne n'imaginera même pas qu'elle travaille pendant qu'elle fait le jeu* », « *J'ai créé un tableau météo, que j'ai installé à une hauteur d'atteinte fonctionnelle, pour forcer les personnes à travailler dans toute l'amplitude du mouvement* ».

Pour finir, bien que les progrès technologiques permettent à l'ergothérapeute d'utiliser des moyens de plus en plus poussés et diversifiés, il reste cependant des situations où la technologie ne peut quand même pas répondre aux attentes et besoins du patient. Dans certaines situations,

l'ergothérapeute doit faire preuve d'inventivité et de créativité pour pallier à une situation ou une difficulté. L'ergothérapeute E1 explique : « *On est face à un problème et il faut qu'on invente une aide technique adaptée à la personne, surtout si elle n'existe pas encore [...]. Notamment au niveau des contacteurs, on est obligé de fabriquer des pièces uniques parce que le bouton spécial qui lui faudrait dans son lit n'existe pas* ». Un autre exemple, le fauteuil roulant, abordé par l'ergothérapeute n°4 : « *Surtout sur les fauteuils, il nous arrive fréquemment d'avoir à effectuer des modifications parce que les personnes ont telle position, ou tel besoin, et de ce fait on doit adapter le matériel. Cela arrive fréquemment bien sûr, parce que c'est personnalisé et unique et qu'on est amené à modifier les choses* ».

L'interviewé n°3 termine en disant : « *s'il n'y avait pas eu de la créativité chez les ergothérapeutes, toutes les adaptations et aides techniques qui existent actuellement ne seraient pas mises en place* ».

Ce que nous retenons de cette analyse : l'ergothérapeute a besoin de créativité pour imaginer et proposer des activités signifiantes et personnalisées pour le patient. L'ergothérapeute se sert de sa créativité et de son ingéniosité pour détourner une activité, un jeu, de son intérêt principal et le transformer en un outil thérapeutique adapté et personnalisé, répondant aux objectifs du patient. De plus, il se sert de son esprit créatif pour fabriquer des adaptations et des aides techniques adaptées, répondant à des situations particulières.

4.4.2.4 Les normes

4.4.2.4.1 Des contraintes ?

Les ergothérapeutes interviewés évoquent certaines gênes plus ou moins contraignantes dans leur pratique professionnelle et pour le patient. Sur ce sujet, les ergothérapeutes interviewés n'ont pas été aussi catégoriques que sur d'autres. L'interviewé n°4 parle de « règles de fonctionnement » : « *Il y a des règles de fonctionnement [...]. Quand on pratique une activité manuelle, il faut faire attention aux matériaux qu'on emploie, la désinfection etc...* ». Parlant de la même chose l'interviewé n°3 s'exprime en termes de « contraintes environnementales » : « *Dans la réalité, il va y avoir différentes contraintes : des contraintes dans les matériaux utilisés, des contraintes environnementales...* ».

L'interviewé n°1 parle de « contraintes architecturales » : « *On est contraints par les normes du bâtiment, son architecture. Par exemple, dans cette Maison d'Accueil Spécialisée il n'y a qu'un seul ascenseur qui monte au 3^e étage* ». L'ergothérapeute n°3 axe même ses propos sur les contraintes plus importantes du système de soins : « *Après, je ne pense pas que c'est l'ergothérapeute qui est le plus pénalisé dans sa pratique. Par contre au niveau des établissements de soins il y a des normes partout, qui sont imposées au niveau national [...]. C'est plus au niveau du système de soins qu'il y a des contraintes plus importantes* ».

L'ergothérapeute E4 explique que selon lui : « *Les normes vont influencer l'utilisation des moyens mais n'influent pas sur nos moyens eux-mêmes* ». Et en effet, l'ergothérapeute E3 nous illustre ce propos en donnant l'exemple de la cuisine thérapeutique : « *La cuisine thérapeutique est toujours autorisée mais elle est contrainte. L'exemple classique est l'utilisation des œufs, de l'étiquetage des produits etc...* ». Il est vrai que l'utilisation de la cuisine thérapeutique comme moyen avec le patient est de plus en plus réglementée. Les normes agissent donc bien sur son utilisation, c'est la façon dont on va pratiquer cette activité qui va changer, il y a des conditions d'exercices (de sécurité et d'hygiène) en plus. Cependant, ces règles ne vont pas agir sur le sens de l'activité.

Nous terminerons cette partie par un propos relaté par l'ergothérapeute n°3 qui, je pense, reflète parfaitement l'idée qu'il faut se faire des contraintes, car il y en aura toujours et elles sont nécessaires ! « *Ce sont des contraintes, mais il faut essayer de les voir de façon positive parce que si l'on voit les normes de façon trop contraignante on finit par ne plus rien faire* ».

Ce que nous retenons de cette analyse : l'ergothérapeute est soumis à des contraintes environnementales, architecturales, des contraintes dans les matériaux qu'il utilise, des règles de fonctionnement propres à chaque établissement. Cependant les contraintes les plus importantes ne sont pas au niveau de l'ergothérapeute mais au niveau du système de soins et de santé de façon générale.

4.4.2.4.2 Une nécessité dans le travail quotidien de l'ergothérapeute et la prise en charge du patient

Certes, les normes amènent parfois à certaines contraintes. Cependant, lors de l'analyse des entretiens, nous notons que l'intégralité des ergothérapeutes interrogés ont, de façon unanime et déterminée, exprime l'importance et la nécessité des normes et des règles, d'autant plus, dans le domaine médical dans lequel nous travaillons, avec des personnes et avec leur entourage.

L'ergothérapeute n°2 parle de « nécessité » : « *On a quand même des vies entre nos mains, des gens à surveiller, à prendre en charge correctement, il faut que cela soit fait dans les normes pour ne pas qu'il y ait d'accidents qui se produisent* », « *Moi je pense que c'est nécessaire ! Il faut passer par là pour que le patient se sente en sécurité, qu'il ait un suivi correct et qu'il n'y ait pas d'erreur de faite parce que cela peut coûter cher. Moi je pense que c'est important* ». L'ergothérapeute n°4 nous parle de ces notions en termes « d'autonomie du patient » : « *On doit aller jusqu'à la bonne utilisation, en sécurité, dans le quotidien, dans des conditions d'exercice, d'hygiène etc... Pourquoi ? Parce que cela rend la personne plus autonome* ». L'interviewée n°1 explique qu'elles sont, pour elle, automatiques et évidentes à la fois : « *[...] normes ou pas on l'aurait fait quand même ! Les notions d'hygiène c'est le BA BA [...] finalement on n'est pas vraiment contraints par ces normes parce que c'est comme ça qu'on aurait fait de toute façon* ». Pour finir, l'ergothérapeute n°3 nous parle de normes en termes de « qualité des soins » : « *des contraintes dues aux normes c'est vrai il y en a beaucoup mais elles se réfèrent à une meilleure qualité des soins* ».

Ce que nous retenons de cette analyse : de façon unanime, les 4 ergothérapeutes, avec des points de vue et arguments différents, affirment que les normes sont essentielles et importantes. Importantes pour la sécurité à la fois du patient et du thérapeute, pour assurer une bonne qualité de soins qui entraînera une meilleure autonomie du patient.

4.4.3 Synthèse des discours des enquêtés

Ces dernières années, la pratique et la vision de l'ergothérapie ont beaucoup changé. Les activités manuelles qui furent la base du travail de l'ergothérapeute, disparaissent des pratiques actuelles du fait de l'avancée de la technologie, des sciences et de la médecine. Les ergothérapeutes possèdent des moyens thérapeutiques de plus en plus modernes et diversifiés. Ils peuvent avoir à leur disposition beaucoup plus de matériels et plus rapidement. Cependant, cette avancée technologique et l'évolution des normes ne sont pas les causes majeures de cet effacement progressif des activités manuelles. L'évolution des pensées, des modèles conceptuels définissant le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge du patient a grandement évolué. En effet, le recentrage du patient en tant qu'individu à part entière, a entraîné des changements de pratiques des ergothérapeutes. Les activités proposées doivent être signifiantes pour lui. Les activités manuelles étant devenues de plus en plus obsolètes dans la vie quotidienne, par l'apparition de l'informatique et de toutes les nouvelles technologies, elles n'étaient donc plus des moyens de rééducation signifiants pour les gens. Avec cette évolution, les patients ne se reconnaissent plus dans ces

activités, et, c'est pourquoi, l'ergothérapeute voulant se rapprocher au plus près de l'environnement du patient, a peu à peu enlevé ces activités manuelles de sa pratique. De plus, les normes sont des éléments essentiels dans la pratique des ergothérapeutes. Elles sont importantes à la fois pour la sécurité du patient mais aussi celle du thérapeute. Elles permettent d'assurer une bonne qualité des soins. Bien que parfois contraignantes, au niveau architectural et environnemental, elles n'agissent cependant pas de façon directe sur les moyens dont dispose l'ergothérapeute. Elles peuvent modifier la façon dont l'ergothérapeute utilise ces moyens mais pas les moyens eux-mêmes. Ce premier constat nous permet d'invalider notre première hypothèse : **« La créativité à travers les activités manuelles de l'époque a disparu de la pratique des ergothérapeutes à cause de l'évolution des normes »**.

La disparition progressive de ces activités manuelles, qui étaient le reflet de la créativité de l'ergothérapeute et du patient, n'a pas pour autant dénudé l'ergothérapeute de toute forme de créativité, que ce soit comme moyen thérapeutique avec le patient ou dans sa façon de mettre en place son processus d'intervention. De façon générale, un ergothérapeute se doit d'être polyvalent. Que ce soit dans les prises en charge individuelles avec les patients, en appareillage, l'aménagement et l'adaptation de l'environnement etc. Il possède un panel de savoirs, de savoir-faire et de compétences, acquises lors de sa formation qu'il met en pratique dans son quotidien. Cependant, selon le type de structure dans lequel il travaille, le type de population de patients qu'il rencontre, il est confronté à des situations spécifiques dans lesquelles aucune « trame » n'a été établie et ce qu'il a alors appris devient obsolète. En effet, dans certaines situations, bien que l'ergothérapeute se raccroche toujours à ses bases théoriques acquises, il est obligé de faire preuve de créativité pour trouver une solution à la situation à laquelle il est confronté. La créativité est une qualité importante que se doit d'avoir un ergothérapeute. Non la moindre, il doit pouvoir être réactif et ingénieux rapidement dans une situation donnée et créer une solution si elle n'existe pas ! De plus, même s'il ne s'en rend pas toujours compte, de façon inconsciente, l'ergothérapeute est toujours créatif dans sa pratique professionnelle. Par exemple, lorsqu'il va détourner un jeu de son but principal pour l'utiliser comme un outil thérapeutique, adapté et personnalisé aux objectifs du patient. Dans chaque structure, l'ergothérapeute a à sa disposition des moyens plus ou moins importants et le plus souvent il est bien obligé de s'adapter et d'adapter ces moyens. Car ceux-là doivent servir pour tous les patients du service. Donc, de façon inconsciente, pour avoir une prise en charge personnalisée et adaptée aux objectifs du patient, il va se servir de ces moyens avec tous les patients, mais pas de la même façon ! Et c'est à ce niveau-là, en terme d'activités signifiantes pour le patient que l'ergothérapeute est très créatif. Il en est de même pour les adaptations auxquelles l'ergothérapeute

peut être confronté. Bien qu'aujourd'hui il ait à sa disposition un grand nombre d'aides techniques et de matériaux, parfois soit pour raison financière ou parce que la demande est trop spécifique, l'aide technique ou le matériel adapté n'est quand même pas adapté à la situation rencontrée. Là encore, pour trouver une solution adaptée l'ergothérapeute doit être créatif. De plus, faire ressortir la créativité du patient et l'utiliser comme moyen thérapeutique est un procédé très intéressant. Cette créativité permet au patient de s'épanouir à travers une activité tout en travaillant sur un objectif thérapeutique, préalablement ciblé par l'ergothérapeute. Ce second constat nous permet donc de valider notre seconde hypothèse de travail : **« Aujourd'hui, la créativité est une qualité essentielle pour un ergothérapeute. L'évolution a permis à celui-ci de la développer sous une nouvelle forme, à travers l'adaptation et la personnalisation des prises en charge, et il l'utilise aussi comme moyen thérapeutique pour faire ressortir la créativité du patient ».**

5 Discussion

Il y a seulement vingt ans, l'ergothérapie était principalement perçue comme une profession à visée occupationnelle. À ne pas confondre cependant, avec la langue anglo-saxonne où l'appellation « *Occupational Therapy* » définit l'ergothérapie au sens général du terme, sans aucune correspondance avec le terme « occupation » en français qui est défini comme : « *Ce à quoi on occupe son temps* »⁶³. Les séances d'ergothérapie étaient principalement constituées d'activités manuelles comme la menuiserie, la vannerie, la sculpture etc...ainsi que la réalisation d'orthèses. Dans notre première année d'études, ces matières nous sont encore enseignées, même si on s'aperçoit qu'elles n'ont plus la même utilité qu'autrefois. Je pense que la profession veut encore nous imprégner de ces pratiques, pour garder l'esprit originel de notre métier tel qu'il avait été imaginé et développé par les précurseurs de l'ergothérapie. Pour ma part, l'apprentissage de ces techniques m'a beaucoup intéressée et a développé en moi un esprit créatif que j'affectionne tout particulièrement et qui me servira dans ma future pratique professionnelle.

Il y a encore quelques années, la profession était beaucoup moins reconnue qu'aujourd'hui, tant au niveau du grand public qu'au niveau des autres professionnels de santé. Je pense qu'elle va encore se développer à vitesse grand V car je m'aperçois tous les jours que de plus en plus de personnes reconnaissent notre métier et qu'il peut s'étendre à la population en générale et pas uniquement à des personnes en situation de handicap.

⁶³ LACROIX C., Le petit Larousse illustré, 2005.

Aujourd'hui, les médecins généralistes commencent, doucement, à orienter leurs patients vers des ergothérapeutes pour la rééducation, la fabrication d'orthèses, l'aménagement de domicile ainsi que l'adaptation de l'environnement.

Auparavant, l'ergothérapeute n'avait de prescription médicale que pour la fabrication des orthèses. Pour travailler en prise en charge individuelle avec le patient, il lui faut souvent prouver et justifier son intervention auprès des médecins. Le modèle biomédical de l'époque oriente les thérapeutes préférentiellement sur la pathologie du patient, sans tenir compte de son environnement (familial, professionnel...). L'ergothérapeute propose alors des activités très générales, peu personnalisées. Ces activités proposées n'ont, souvent, aucune signification particulière pour le patient, au risque de ne pas en voir l'intérêt et de ne pas s'investir pleinement dans sa rééducation. De plus, le but recherché de ces activités manuelles est souvent uniquement la production d'un objet, d'une création. La créativité de l'ergothérapeute s'inscrit alors dans la connaissance, la pratique et la transmissions de ces activités manuelles au patient. Les moyens techniques et d'adaptation sont moins diversifiés qu'aujourd'hui, l'ergothérapeute doit donc faire preuve de beaucoup de créativité pour adapter, aménager et trouver des solutions répondant aux demandes des patients. Il crée et fabrique toutes les adaptations lui-même avec les moyens qu'il a à sa disposition, sans grand soucis des normes et des contraintes techniques, sécuritaires et d'hygiène.

Aujourd'hui, avec l'évolution des pensées et pratiques médicales, l'ergothérapeute doit être très polyvalent. « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* »⁶⁴. La diversité des moyens d'aujourd'hui offre à l'ergothérapeute un panel d'outils. Cependant, certaines activités manuelles sont encore présentes et utilisées dans la pratique des ergothérapeutes. Ces activités peuvent être proposées aux patients dans un but productif et/ou dans un but créatif. La nature et le sens que l'ergothérapeute va donner à l'activité manuelle proposée va dépendre des objectifs thérapeutiques fixés avec le patient. On arrive à une étude préalable poussée de la situation du patient et à un diagnostic précis qui permettent une personnalisation des objectifs et activités proposées. De plus, la nature de cette activité va aussi dépendre des capacités du patient, des adaptations disponibles pour la pratique de cet exercice et du cadre environnemental. C'est donc à l'ergothérapeute de bien choisir son activité et d'expliquer son intérêt au patient pour que celui puisse s'identifier à travers elle, s'épanouir et ainsi se sentir impliqué dans sa rééducation. **Il faut donner un sens au projet thérapeutique.**

⁶⁴ ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES. Définition. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> ». (Consulté le 17 avril 2015).

Les notions de norme et de créativité, qui sont les éléments centraux de ce travail, sont des termes très subjectifs et dynamiques dans le temps. C'est ce qui fait toute la difficulté de ce travail de fin d'études. Ce sont des concepts qui ont évolué, qui évoluent et qui évolueront encore. Bien qu'à première vue ces deux notions paraissent très opposées, il a essayé d'être démontré dans ce mémoire, qu'elles sont complémentaires et toutes les deux nécessaires à la bonne pratique de l'ergothérapeute. Encadré par les normes, l'éthique professionnelle et la déontologie médicale, chaque ergothérapeute doit trouver malgré tout sa propre identité professionnelle.

Nous pouvons donc dire que les normes influencent la pratique de l'ergothérapeute car elles agissent sur la façon dont il doit utiliser ses moyens. De plus, elles définissent un cadre environnant nécessaire aux bonnes pratiques des professionnels de santé ainsi qu'à la sécurité des patients. Elles agissent, indirectement, sur la créativité de l'ergothérapeute, car elles imposent certaines contraintes architecturales, environnementales etc... Cependant elles n'empêchent pas l'ergothérapeute d'être créatif et n'empêchent pas la créativité de façon générale. Par l'analyse des constats réalisés dans cette étude ainsi que par cette discussion nous pouvons répondre **par l'affirmative** à notre problématique de départ : **« l'évolution des normes influence-t-elle la pratique des ergothérapeutes et a-t-elle un impact sur leur créativité ? »**.

Cette nécessité de créativité, confronté à la norme, j'ai pu l'expérimenter concrètement lors d'un stage. J'ai commencé à construire mon identité professionnelle lors de ceux-ci. Lorsque je suis arrivée dans cette Maison d'Accueil Spécialisée, avec ma tutrice, nous avons identifié un problème. Les patients, adultes, polyhandicapés, participent régulièrement à des activités collectives et ludiques sous forme de jeux de société (Yams[®], jeu de l'oie, petits chevaux etc...). Cependant, il leur reste un sentiment de frustration, car ils ne peuvent pas eux-mêmes participer pleinement et de manière autonome, au jeu, étant dans l'incapacité de lancer les dés et devant avoir recours à une tierce personne. Ma tutrice m'a alors lancé l'idée de trouver une solution pour leur permettre d'être plus autonomes. Après une période de recherche et de réflexion, n'ayant trouvé aucune aide technique déjà existante qui convenait, j'ai utilisé mon esprit créatif et inventif pour trouver une solution simple, peu coûteuse et adaptée aux patients de la Maison d'Accueil Spécialisée. Mon projet a abouti à la réalisation artisanale de ce « toboggan à dés ». La plupart des patients ont retrouvé une certaine autonomie dans leurs loisirs. Lors de la réalisation de cet outil, j'ai pris en compte les normes et le cadre environnemental qui m'étaient imposés par l'établissement. Cependant, ce cadre-là ne m'a pas empêchée d'être créative et de mener à bien mon idée. Aujourd'hui, ce « toboggan à dés » n'est pas un outil validé et aux normes CE, mais c'est un outil qui est utilisé tous les jours. L'ergothérapeute a pris la décision de s'en servir au profit de

l'autonomie et du plaisir des patients. De façon indéniable, la norme est nécessaire et intéressante. Ce qu'il nous faut, en tant qu'ergothérapeutes, c'est trouver, le parfait équilibre entre ce cadre normé et la créativité de notre esprit. Il faut garder en mémoire que la pratique des ergothérapeutes évoluera encore ces prochaines années et ne cessera d'évoluer.

5.1 Limites de la méthode

5.1.1 Les outils utilisés

En ce qui concerne le guide d'entretien utilisé pour les interviews, il semble, à première vue, avec le peu de recul que je peux avoir, que quelques points ont été défailants. Certains concepts comme « les normes » ou encore « la créativité » n'ont pas été préalablement définis avec les personnes interviewées. Bien qu'au départ ce choix est volontaire, dans le but de respecter une impartialité totale afin de ne pas influencer les ergothérapeutes interviewés dans leurs propos. Il apparaît tout de même, lors de l'analyse de ces entretiens, des divergences d'interprétation entre les différents ergothérapeutes quant à ces concepts de normes et de créativité. Ces divergences ont rendu l'analyse plus compliquée, car il a fallu être d'autant plus vigilant quant à la bonne interprétation des propos lorsqu'il a fallu confronter les idées. De plus, certaines de mes questions ne pouvaient pas être abordées directement avec la personne, car elles portent directement sur des aspects personnels et professionnels. Selon mon appréciation et l'attitude de la personne lors de l'entretien il a fallu que j'essaie de faire émerger les réponses que j'attendais par le biais de sujets « secondaires ». C'est pourquoi, la trame du guide d'entretien établie préalablement, n'a pas toujours été respectée lors des entretiens. C'est pourquoi, à la suite de ces entretiens, j'ai réalisé un tableau d'analyse afin d'organiser toutes les idées qui m'ont servi à construire les sous-parties de la partie exploratoire de cette étude. De plus, les conversations audio de ces entretiens ont été enregistrées avec un dictaphone. Pour avoir un travail encore plus précis il aurait fallu que ces entretiens soient filmés, afin d'analyser de façon encore plus précise l'attitude non verbale de la personne interviewée.

5.1.2 L'échantillon d'ergothérapeutes interviewés

Pour obtenir un travail plus détaillé et des résultats plus fiables et représentatifs, il aurait fallu interroger plus d'ergothérapeutes. En effet, l'échantillon restreint d'ergothérapeutes interviewés, ne permet pas de généraliser les résultats et conclusions de cette étude à l'ensemble des ergothérapeutes. Cependant, il permet de donner une idée au lecteur et un point de départ sur lequel se baser pour répondre à la problématique posée.

Conclusion

L'ergothérapie a beaucoup évolué ces dernières années, tant dans ses concepts et dans sa pratique, que dans les moyens qui lui sont attribués. L'ergothérapeute, souvent appelé « artisan » ou encore « artiste », est finalement un professionnel qui doit posséder de multiples casquettes. La créativité est une qualité qui est essentielle dans notre métier. Elle est étroitement liée aux normes et règles qui gravitent autour de l'ergothérapeute et du patient mais n'en est pas moins contrainte. C'est un équilibre et une complémentarité entre la norme et la créativité qui s'associent. La norme, qui est nécessaire, permet une stabilité, une sécurité et une bonne qualité des soins. La créativité permet de développer un esprit vif et ingénieux, qui est une qualité fondamentale en ergothérapie. De plus, elle possède de nombreux bienfaits quant à son utilisation avec les patients. Stimuler la créativité et lui donner un sens, est une démarche très constructive et intéressante dans le processus de guérison des patients. On constate donc que la créativité est présente à tous les niveaux.

Partie d'une expérience personnelle et d'interrogations, j'ai tenté, à travers ce travail de fin d'études, d'éclaircir cette notion subtile qu'est la créativité, en la confrontant à la notion de norme. La réalisation de ce « toboggan à dés » m'a permis de vivre une expérience créatrice enrichissante que bon nombre d'ergothérapeutes peuvent être amenés à vivre. Vous ne pouvez pas vous imaginer le plaisir que j'ai pu avoir lorsque j'ai observé mes patients en train de s'épanouir et de s'amuser de façon autonome grâce à cet outil. Pour la plupart, c'était la première fois qu'ils pouvaient lancer, seuls, des dés. La lueur de joie que j'ai pu voir dans leurs yeux à ce moment-là, m'a confortée définitivement dans l'idée que, pouvoir apporter du plaisir et du confort aux gens, était formidable et que le métier d'ergothérapeute pourrait me permettre tous les jours de m'épanouir à mon tour dans mon travail mais aussi dans ma vie personnelle.

Je pense et j'espère que notre profession sera, dans un avenir très proche, reconnue et considérée à sa juste valeur par tous les professionnels de santé et que nous pourrions tous travailler ensemble main dans la main, dans un seul et unique but, **le bien-être du patient.**

Bibliographie

❖ Ouvrages

- DUBAR, C. *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation*. Paris : Presses Universitaires de France (Le lien social), 2000. 239p.
- FERLAND, F. *Le modèle ludique : le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie*. Les presses de l'université de Montréal, 3ème édition. 2003. 213 p.
- LACROIX, C. *Le petit Larousse illustré*. 2005.
- RIEBEN, L. *Processus secondaires et créativité : partie émergée de l'iceberg ?*. 1982. 233p.
- RIEBEN, L. *Intelligence et pensée créative*. Delachaux et Niestlé, 1978. 162p.
- ROGERS, C. *Le développement de la personne : chapitre XV - Vers une théorie de la créativité*. Dunod, 2005. 270p.
- WAGNER, C. *Profession ergothérapeute*. L'Harmattan, 2006. 320p.

❖ Articles périodiques

- BOURRELLIS, C. Développement de l'ergothérapie en France : de 1780 à 1998 ou des précurseurs aux écrits professionnels d'aujourd'hui. *ErgOTHérapies*, mars 2006, n°21, pp. 33-40.
- COLVEZ, A., BLANCHARD, N., RICHARD, C. 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. *ErgOTHérapies*, décembre 2013, n°48, pp. 37-46.
- DETRAZ, M-C. et collab. Ergothérapie. Editions Techniques. *Encycl. Méd. Chir* (Paris France), kinésithérapie rééducation fonctionnelle. 26 150 A¹⁰. 1992, 20p.
- FOUGEYROLLAS, P. et al. Définition de la participation sociale selon le PPH, développement humain, handicap et changement social. *Revue internationale sur les concepts, les définitions et les applications, réseau international sur le processus de production du handicap*, Lac St-Charles, Québec, volume 13, n°1-2, octobre 2004.
- JAMET, F. *De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF)*. *La nouvelle revue de l' AIS*. 2^{ème} trimestre 2003, n°22, pp.163-171.

- PIERQUIN, L., ROUX-LEJEUNE, J., FARCY, P. Les ergothérapeutes : situation et formation professionnelle. *Europa Medicophysica*, 1972, vol 8, n°3, pp. 65-78.
- THERRIAULT, P-Y. COLLARD, F. Ergothérapie : « je me souviens ». *Journal d'Ergothérapie*, Masson Paris. 1987, pp 41-48.

❖ Articles :

- MADSEN, J. *Innovation in occupational therapy: a fashion phenomenon, a natural development or a must ?*. 2007. 7 p.
- PUTZ-PLECKO, B. *Rapport de fond : Éducation culturelle: Promotion de la connaissance culturelle, de la créativité et de la compréhension interculturelle à travers l'éducation*. 2008. 16p.

❖ Articles publiés dans les actes d'un congrès

- FARCY, P. *Mémoire vivante : l'ergothérapie d'atelier*. « Nouveaux outils, nouveaux enjeux », IX^{ème} Journées d'Etudes d'Ergothérapie. Palais des congrès, Strasbourg, ANFE. 28-29 Janvier 1993.
- FOUGEYROLLAS P. *Synthèse de la conférence prononcée lors de la journée d'étude organisée par l'ANDESI*, le 15 juin 2005 « la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », 9p.
- GABLE, G., *Pratiques et tendances actuelles en ergothérapie fonctionnelle*. « Acquisitions récentes et perspectives nouvelles en réadaptation ». XXIII^{ème} Journées d'Etudes et de Perfectionnement de la Société de Réadaptation du Nord-Est (S.O.R.N. EST). 23-24 Mars 1995.
- PIERQUIN, L., LAMBERT, P., ROCHE, A. *L'ergothérapie dans la rééducation fonctionnelle des traumatisés*. Expansion scientifique française, Journées de rééducation. 1958.

❖ Sitographie

- ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION. *Statuts d'AFNOR* [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.afnor.org/> ». (Consulté le 9 février 2015).
- ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION. *La norme est-elle obligatoire ?* [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.afnor.org/liste-des-actualites/actualites/2014/decembre-2014/la-norme-est-elle-obligatoire> ». (Consulté le 30 avril 2015).

- ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES. *L'ergothérapie*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.anfe.fr/demographie> ». (Consulté le 24 avril 2015).
- ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES. *L'ergothérapie*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.anfe.fr/definition> ». (Consulté le 24 avril 2015).
- ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES. *Instituts de formation*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.anfe.fr/les-instituts-de-formation> ». (Consulté le 21 mars 2015).
- ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES ERGOTHERAPEUTES. *Instituts de formation*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.anfe.fr/les-instituts-de-formation> ». (Consulté le 21 mars 2015).
- BERNADETTE GODMER LECTURES ET PUBLICATIONS. *Jeu et réalité : Donald W. Winnicott*. [En ligne]. Disponible sur internet : « <http://www.gestalt-therapie-bordeaux.com/lectures-et-publications/60-jeu-et-realite-donald-wwinnicott-1971> ». (Consulté le 29 avril 2015).
- CLEIRPPA : CENTRE DE LIAISON, D'ETUDE, D'INFORMATION ET DE RECHERCHE SUR LES PROBLEMES DES PERSONNES AGEES. *Qualité et démarche qualité : Enjeux, contexte et évolution dans le secteur des établissements sociaux et médico-sociaux*. [En ligne]. Disponible sur : « <http://www.cleirppa.fr/UserFiles/File/demarche-qualite.pdf> ». (Consulté le 10 avril 2015).
- DICTIONNAIRE LAROUSSE. *Qualité*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/qualit%C3%A9/65477?q=qualit%C3%A9#64734> ». (Consulté le 7 décembre 2014).
- DICTIONNAIRE LAROUSSE. *Imagination*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/imagination/41617> ». (Consulté le 29 avril 2015).
- DICTIONNAIRE LAROUSSE. *Norme*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/norme/55009> ». (Consulté le 30 avril 2015).
- ENCYCLOPAEDIA UNIVERSALIS. *Introjection*. [En ligne]. Disponible sur : « <http://www.universalis.fr/encyclopedie/introjection/> ». (Consulté le 29 avril 2015).
- ERGOPSY. *Fonctions de la médiation*. [En ligne]. Disponible sur : « <http://ergopsy.com/fonctions-de-la-mediation-a403.html> ». (Consulté le 19 avril 2015).

- HENRY FORD. *Fordisme et Taylorisme*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.henryford.fr/fordisme/taylorisme/> ». (Consulté le 7 décembre 2014).
- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE. 25 Juillet 2012. [En ligne]. Disponible sur : « http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TODEcret_2012907_23%20juillet_2012.pdf » sur le site de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes. *Diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. (Consulté le 22 février 2015).
- LEGIFRANCE. *Arrêté du 24 septembre 1990*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006076547> ». (Consulté le 22 avril 2015).
- LEGIFRANCE. *Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id> ». (Consulté le 30 avril 2015).
- LEGIFRANCE. *Décret n°2007-975 du 15 mai 2007*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822015> ». (Consulté le 30 avril 2015).
- LEGIFRANCE. *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 : relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015> ». (Consulté le 4 avril 2015).
- ORGANISATION INTERNATIONALE DE NORMALISATION. *Normes ISO*. [En ligne]. Disponible sur Internet : « <http://www.iso.org/iso/fr/home/standards.htm> ». (Consulté le 20 décembre 2014).
- SANTE PUBLIQUE. *Qualité des soins*. [En ligne]. Disponible sur : « <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/> ». (Consulté le 7 décembre 2014).
- SITE DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Guide méthodologique. Démarque qualité, évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire. Direction Générale de l'Action Sociale. Mars 2004. [En ligne]. Disponible sur Internet : « http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf ». (Consulté le 18 avril 2015).

Promotion : 2012-2015

Nom : BETTINGER

Prénom : Pauline

Titre : La créativité et la norme : des éléments clés de la pratique professionnelle des ergothérapeutes

Résumé

A première vue, la créativité et la norme sont des notions bien opposées. En regardant de plus près, elles s'avèrent être toutes les deux nécessaires dans la pratique d'un ergothérapeute.

Le but de ce travail de fin d'étude est d'étudier comment ces deux concepts s'articulent en ergothérapie. Nous nous poserons la question de savoir si l'évolution des normes influence la pratique des ergothérapeutes et si elle a un impact sur leur créativité.

A ses origines, l'ergothérapie utilisait la créativité à travers des activités manuelles dites « artisanales ». Avec l'évolution des concepts de santé, de handicap, et le repositionnement du patient au centre de sa prise en charge, ces activités s'effacent peu à peu de la pratique des ergothérapeutes. Cependant, la créativité reste toujours présente. S'exprimant à travers d'autres notions comme celles de personnalisation, d'adaptation et d'expression, la créativité touche tous les domaines. Qu'elle soit utilisée comme moyen thérapeutique pour le patient et/ou comme outil pour l'ergothérapeute, elle reste un élément clé de l'ergothérapie. Elle va, cependant, devoir s'ancrer dans un cadre obligatoire, constitué de normes et de règles, afin de s'adapter au domaine de la santé et à ses exigences.

Mots clés :

Ergothérapie
Evolution
Créativité
Norme
Activités manuelles