



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2005

**COMPETENCES PARTAGEES ET SPECIFIQUES
DES PROFESSIONNELS DE REEDUCATION :
Stratégie et perspectives managériales
pour le Directeur des Soins**

Hélène Jacquemart-Bergeau

Remerciements

Tous mes remerciements aux professionnels des hôpitaux qui ont consacré dans le cadre de ce mémoire une partie de leur temps, et aux directeurs et enseignants de l'Ecole Nationale de Santé Publique pour la qualité de la formation.

Merci à mes tuteurs de stage et de positionnement qui m'ont accompagnée avec justesse pendant cette année de formation.

Au cours de l'année, beaucoup de personnes ont été sollicitées pour répondre à mes questions. Je les en remercie. Je pense tout particulièrement à J.C.Coulet et G. Guingouain.

Merci à mon mari, qui a su tout au long de l'année trouver les mots justes.

A mon père.

Sommaire

Introduction	3
1 ACTIVITES ET COMPETENCES DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX DE REEDUCATION DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER.....	7
1.1 HISTORIQUE ET CONTEXTE : UNE NOUVELLE MEDECINE NAIT ENTRE DEUX GUERRES	7
1.1.1 De nouvelles professions de santé apparaissent	7
1.1.2 Les « 3R » : à la recherche de définitions pour ce nouveau domaine d'activité médicale	8
1.1.3 Les modèles conceptuels du handicap font évoluer les pratiques	9
A) De la CIH à la CIF	9
B) Développement de programmes de soins et interdisciplinarité	10
1.2 LES CONCEPTS : L'EVOLUTION DU MONDE HOSPITALIER INTERROGE LES CONCEPTS EN GRH.....	10
1.2.1 Métier, qualification, emploi, poste sont les concepts classiques d'une Gestion de Ressources Humaines administrative et statutaire.....	11
1.2.2 Travail, tâche, activité : des notions qui rapprochent des acteurs.....	12
1.2.3 Compétence et activité sont des notions étroitement liées	13
A) Des points d'accord existent entre ces définitions	13
B) L'approche cognitiviste de la compétence cherche à modéliser la compétence réelle	16
C) Les constituants de la compétence.....	17
2 LE RECUEIL D'INFORMATIONS	18
2.1 RECHERCHE DOCUMENTAIRE : QUEL PARTAGE ET QUELLE SPECIFICITE POUR CES TROIS METIERS DE REEDUCATION ?	19
2.1.1 Un premier niveau de la représentation sociale du rôle et des missions se trouve dans les textes législatifs et réglementaires	19
A) Une caractéristique forte partagée : ces professions inscrites au Code de Santé Publique sont organisées et réglementées autour de la profession médicale	19
B) La différenciation des rôles se trouve dans la partie réglementaire, système de régulation entre professions	20

2.1.2	Un deuxième niveau de la représentation sociale du rôle et des missions se trouve dans les documents présentant ces professions, élaborés par des organismes de référence en matière de métiers et de santé	22
A)	La démarche :.....	23
B)	Méthode et principes : la méthode d'analyse de contenu par sélection	23
C)	Résultats	24
2.1.3	L'analyse de sommaires de revues professionnelles sera notre troisième niveau	28
2.2	IDENTITE PROFESSIONNELLE ET SPECIFICITE : ENTRETIENS ET ANALYSE DE CONTENU	31
2.2.1	Présentation de la démarche	31
2.2.2	Synthèse descriptive et analyse des résultats	32
A)	Thème 1 : Identification des différents acteurs de la rééducation.....	33
B)	Thème 2 : Définition des métiers et identification des rôles et des missions de chacun.....	34
C)	Thème 3 : Où réside la spécificité de chaque métier pour les différents acteurs	38
D)	Thème 4 : Les zones de partage.....	41
E)	Thème 5 : Evolution de ces métiers.....	42
2.3	LA SPECIFICITE NE RESIDE PAS DANS L'ACTIVITE QUI PEUT ETRE COMMUNE, MAIS DANS LES COMPETENCES MOBILISEES POUR REALISER L'ACTIVITE : OBSERVATION DIRECTE D'UNE SITUATION DE TRAVAIL	43
2.3.1	La démarche.....	43
2.3.2	Méthodologie	44
2.3.3	Méthode de traitement des données et résultats :.....	44
2.4	QU'EN EST-IL DE NOS HYPOTHESES ? SYNTHESE DU RECUEIL D'INFORMATIONS	50
3	STRATEGIE ET PERSPECTIVES MANAGERIALES POUR LE DIRECTEUR DES SOINS, RESPONSABLE DES SOINS DE REEDUCATION.....	51
3.1	STRATEGIE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS : LA REFERENTIALISATION DES COMPETENCES AU SEIN DES EQUIPES DE REEDUCATION.....	52
3.1.1	Explicitation de la démarche : la référentialisation des compétences acquises par les différents acteurs en situation de travail	52
3.1.2	Présentation de la grille permettant d'expliciter les différents composants de la compétence mobilisés au cours des activités et exemple d'une fiche activité / compétence.....	54

3.1.3	La mise en œuvre de la démarche.....	57
A)	La parole est nécessaire pour construire dans le temps la performance collective.	57
B)	Le management du projet par la Direction des Soins se fait en direction des cadres	57
C)	La démarche a des limites : le respect de chacun doit être garanti.	58
3.2	PERSPECTIVES MANAGERIALES POUR LE DIRECTEUR DES SOINS	58
3.2.1	Une matrice des activités et des compétences.....	58
3.2.2	Pour la Direction des Soins et l'encadrement, la lecture horizontale intra professionnelle des fiches activités/compétences élaborées par chaque groupe professionnel permet :.....	59
3.2.3	Pour la Direction des soins et l'encadrement, la lecture verticale interprofessionnelle favorise	60
	conclusion.....	61
	Bibliographie	63
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR	Agence Française de Normalisation
ANFH	Association Nationale pour la Formation des Hospitaliers
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
APA	Activités Physiques Adaptées
CHG	Centre Hospitalier Général
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap
CIH	Classification Internationale des Handicaps
CSP	Code de Santé Publique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DSCG	Directeur des Soins Coordinateur Général
FPH	Fonction publique Hospitalière
GRH	Gestion des Ressources Humaines
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ROME	Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois
STAPS	Sciences et techniques en activités physiques et sportives
UIPARM	Union InterProfessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques

INTRODUCTION

Les établissements de santé sont engagés depuis 1996 dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. La version deux de l'accréditation met au centre du dispositif l'évaluation des pratiques professionnelles, en mettant l'accent sur la nécessité de définir au sein de l'établissement une politique managériale. Garantir la qualité des soins passe par une politique clairement définie des ressources humaines. Les responsabilités sont identifiées. Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines à l'évolution des établissements de santé. La motivation des personnels est recherchée.

Dans un environnement hospitalier changeant, on observe une modification rapide des activités professionnelles liée aux progrès technologiques mais également aux objectifs de qualité et d'efficacité. L'adaptabilité est nécessaire devant l'évolution rapide et la diversification des techniques.

Après avoir investi le monde industriel, la notion de compétence apparaît dans les hôpitaux. La configuration homme - grade - emploi - poste de travail n'apparaît plus aussi pertinente dans le monde hospitalier actuel, changeant et complexe. L'évolution rapide et permanente des situations de travail nécessite une évolution dans la gestion des ressources humaines. La compétence y prend peu à peu une place centrale. Pour les métiers de santé, la compétence est *«l'ensemble des caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide »*¹ Il s'agit de mettre en adéquation les caractéristiques de l'organisation, les orientations stratégiques de l'établissement, les besoins en postes et les compétences présentes et futures des agents. La nécessité d'améliorer les pratiques soignantes impose d'éclairer les compétences attendues. Le Directeur des Soins s'inscrit dans cette démarche de prospection et d'évaluation. Par ses actions, il participe à la mise en place d'une politique managériale des ressources humaines, notamment dans sa dimension qualitative, la gestion des compétences.

Ce mémoire professionnel a été élaboré en tenant compte de nos missions futures.

La première mission est la Direction des Soins dans un hôpital consacré aux soins de rééducation. La particularité de l'établissement est de prendre en charge exclusivement

¹ Matillon Y. *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles*. Rapport de mission. Août 2003. 94 p.

depuis l'hospitalisation en post-aigue jusqu'au retour à domicile, des patients présentant des déficiences et des incapacités dans le champ neuromusculaire. Accidents vasculaires cérébraux, pathologies neurodégénératives et traumatismes crâniens sont les principales pathologies rencontrées. La mise en place d'une filière Médecine Physique et de Réadaptation spécialisée en neurologie, uniformise les prises en charge. Les professionnels gagnent en expertise par la spécialisation, mais perdent le caractère généraliste et polyvalent voulu par les formations initiales. En terme de compétences, nous pouvons craindre une sélection des ressources et connaissances mobilisées entraînant un appauvrissement des pratiques.

La deuxième mission est la mise en place au sein de la Direction Centrale des Soins d'une veille « métiers de la rééducation » avec production d'états des lieux, réflexions et propositions pour accompagner les évolutions qualitatives et quantitatives de ces professions. L'univers hospitalier de plus en plus complexe rend les identités professionnelles évolutives donc incertaines, parfois proches les unes des autres. Le processus de construction identitaire oscille en permanence entre un cloisonnement très étroit des identités, et une fluctuation en rapport avec le chevauchement de tâches.

Les professions de rééducation, «nouvelles arrivées» dans le paysage hospitalier s'inscrivent dans une démarche de reconnaissance identitaire au sein des établissements de santé. Elles font preuve de dynamisme et de volontarisme dans la définition de leur champ d'activités et de compétences propres. Ces métiers appartiennent au même domaine, celui des situations de handicap. Ils partagent des savoirs et des savoir-faire. Les enjeux identitaires autour des champs d'activités et de compétences entre rééducateurs sont forts. Ils ont un impact quotidien sur l'efficacité des organisations de travail. L'évolution rapide des pratiques professionnelles accentue le malaise.

La délimitation des champs d'activités et de compétences pose problème entre professionnels de rééducation. (Annexe I). La question doit être explorée. Dans le contexte actuel de pénurie de ces professionnels dans les établissements de santé, on ne peut faire l'économie d'une réflexion centrée sur cette famille professionnelle. Aussi, notre question de départ sera : **En quoi le partage d'activités et de compétences pose problème aux professionnels de rééducation ?**

Par souci de faisabilité, nous ne considérerons dans ce mémoire que trois de ces professions : les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Dans le domaine du handicap, ces trois métiers ont un objectif commun, réduire la dépendance, qu'elle soit d'origine fonctionnelle ou psychologique.

Dans les trois situations thérapeutiques, le corps et le mouvement sont à la fois objet et vecteur du soin. Enfin ces professionnels composent en majorité les équipes de rééducation dans les établissements de santé.

Nous posons **trois hypothèses au regard de la question de départ.**

H1 : Les zones de partage sont nombreuses et rendent la lisibilité du rôle propre difficile :

H2 : Les professionnels de rééducation ont une représentation de la spécificité de leur métier qui correspond à l'identité professionnelle. Les enjeux identitaires reposent sur une représentation de la spécificité du métier. S'il existe des métiers différents, c'est qu'il existe des activités et compétences spécifiques, au cœur du métier.

H3 : La spécificité ne réside pas dans l'activité qui peut être commune, mais dans les compétences mobilisées pour réaliser cette activité. La compétence ne se voit pas, elle se manifeste en situation et sous deux formes : la façon dont les personnes agissent et le résultat de l'action ou performance.

Partage d'activités et de compétences sont au cœur des débats identitaires entre ces professionnels.

Une première partie présente le contexte historique et les concepts fondateurs des pratiques professionnelles de rééducation. Nous apportons ensuite un éclairage sur les deux notions d'activité et de compétence. Enfin, nous faisons le choix d'une approche cognitiviste de la compétence. Mettre l'accent sur les activités mentales mises en œuvre pour agir avec compétence en situation devrait permettre une approche différente de ces professions, souvent caractérisées par leurs savoir faire techniques.

Les références bibliographiques concernant les professions de rééducation dans le contexte hospitalier sont peu nombreuses.

La seconde partie est consacrée à un large recueil de données, afin de réaliser un état des lieux et permettre une analyse au regard de la question de départ et des trois hypothèses. Une recherche documentaire explore la définition des rôles, des missions, des champs d'activités et d'application professionnelle, à travers une analyse sémantique comparative de textes réglementaires, professionnels et des sommaires de revues professionnelles. Des entretiens semi directifs avec des professionnels d'encadrement et de proximité font l'objet d'une restitution thématique, pour explorer les représentations

liées à l'exercice professionnel. Enfin l'observation directe d'une activité de rééducation réalisée par deux professionnels différents, suivie d'entretiens d'explicitation, interrogera la compétence réelle mise en œuvre par chacun. La mise en évidence et la comparaison des constituants de la compétence suivent la théorie des champs conceptuels de Gérard Vergnaud².

Chaque acteur doit se sentir reconnu à travers ses compétences attendues et réelles, pour permettre les synergies entre professionnels.

La troisième partie proposera pour la Direction des Soins, une stratégie managériale des équipes de rééducation, basée sur une approche compétence.

La démarche est de partir de la réalité du terrain, en listant les activités effectivement réalisées au sein de l'établissement de santé.

Selon une méthodologie de groupe de parole et d'analyse des pratiques professionnelles, nous proposons l'utilisation par les différents professionnels d'une « grille de lecture » des composants de la compétence mobilisée, lors des activités professionnelles qu'ils réalisent. Cette grille de lecture a été conçue dans le cadre de ce mémoire.

Enfin nous dégageons les perspectives managériales pour le Directeur des Soins garant de la qualité et responsable de l'organisation des soins.

L'approche managériale par les compétences est une approche parmi d'autres, pour garantir la qualité de la prise en charge. Le management doit à la fois, faire émerger les compétences individuelles et permettre la construction de la performance collective. Reconnaître les compétences communes et les expertises propres aide à construire la complémentarité entre professionnels, en apportant les éléments de négociation en terme d'organisation du travail, d'accompagnement et de formation des professionnels. Pour les établissements, les enjeux sont le développement, le maintien et le transfert des compétences entre professionnels.

² Vergnaud G. *La théorie des champs conceptuels*. Recherche en Didactique des Mathématiques, 1990, 10, 2/3, pp 133-170

1 ACTIVITES ET COMPETENCES DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX DE REEDUCATION DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER

1.1 HISTORIQUE ET CONTEXTE : UNE NOUVELLE MEDECINE NAIT ENTRE DEUX GUERRES

1.1.1 De nouvelles professions de santé apparaissent

Datant du début du $Xy^{l\grave{e}me}$ siècle, le développement de la médecine de Réadaptation est récent. La Guerre de 1914-1918 et ses nombreux blessés place l'état français dans une dynamique de réparation. Des services de mécano thérapie et de physiothérapie s'ouvrent, apportant des soins adaptés aux séquelles traumatiques puis neurologiques. En Angleterre, durant la seconde guerre mondiale, Sir Ludwig Guttmann codifie le traitement des lésions médullaires et crée en 1944 le centre des blessés médullaires de Stoke-Mandeville. A coté des soins vitaux, la réadaptation fonctionnelle et la réinsertion socioprofessionnelle des soldats blessés et mutilés deviennent une priorité, dans le contexte de reconstruction du capital humain et économique des pays belligérants. A cela s'ajoutent les épidémies de poliomyélite, qui laissent des jeunes gens handicapés à vie, à la charge d'une société peu préparée à les accueillir et à les aider à développer un projet de vie.

Cette époque marque une rupture avec la médecine traditionnelle, curative. Les médecins s'interrogent sur les conséquences humaines et sociales des maladies et traumatismes subis. La complexité des besoins et des situations humaines rencontrées a favorisé l'émergence de nouvelles professions, au côté des médecins. Ainsi en France à la Libération, la Loi n° 46-858 du 30 avril 1946 régleme nte et organise trois professions, celles de masseur, de gymnaste médical et de pédicure. La profession de masseur kinésithérapeute va naître de l'union des deux premières. Elle devra œuvrer sous contrôle médical, à la reconstruction du potentiel fonctionnel des individus blessés ou malades.

A partir des années soixante, d'autres professions auxiliaires, centrées sur la rééducation de certaines fonctions apparaissent. A ce jour, neuf professions de rééducation inscrites au Code de Santé Publique sont répertoriées par le ministère de la santé : diététicien, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, opticien lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure podologue, audioprothésiste et psychomotricien.

1.1.2 Les «3R » : à la recherche de définitions pour ce nouveau domaine d'activité médicale

Concernant leur domaine d'activités, les professionnels utilisent de nombreux termes : rééducation, réinsertion, réintégration, réadaptation fonctionnelle, rééducation fonctionnelle, revalidation, réhabilitation, restauration. Cette multiplicité reflète la nouveauté que constitue ce champ d'activités médicales et paramédicales, orienté vers la prise en charge des personnes handicapées.

Dans le cadre de notre mémoire nous nous limiterons volontairement à trois termes simples : rééducation, rééducation fonctionnelle et réadaptation. Le terme de réhabilitation, traduction directe du terme anglais « rehabilitation » est inapproprié en français car il présente une connotation morale et juridique : on parle de réhabilitation des prisonniers. Le terme de revalidation ou « rendre valide à nouveau » est une traduction du terme néerlandais « revalidatie » et se rapproche du terme de rééducation fonctionnelle³.

Rééducation veut dire littéralement « éduquer à nouveau ». La rééducation fonctionnelle correspond à la rééducation d'une fonction pour retrouver intégralement ou partiellement les capacités résultant de l'exercice de cette fonction. Rééduquer une fonction ne peut résumer l'ensemble de la prise en charge face au potentiel humain restant en dépit des handicaps constitués.

Le terme de Réadaptation intègre les « 3 R », rééducation fonctionnelle, réinsertion sociale, et reclassement professionnel, montrant l'élargissement de la compréhension du problème. Walter Hesben définit ainsi la réadaptation⁴: « *La réadaptation est une discipline scientifique pluridisciplinaire. Elle a pour but d'assurer à la personne infirme ou invalide ainsi qu'à ses proches, différentes actions permettant de supprimer, d'atténuer, de surmonter les obstacles générateurs de handicaps. Elle se pratique au sein d'équipes spécialisées qui utilisent, au mieux, les ressources offertes par les moyens de la rééducation fonctionnelle, de la réinsertion sociale et du reclassement scolaire ou professionnel* ».

L'interdisciplinarité se développe en particulier dans le champ de la réadaptation.

³ Hesben W. La réadaptation : du concept au soin. Op Cit.

⁴ *ibid*

1.1.3 Les modèles conceptuels du handicap font évoluer les pratiques

A) De la CIH à la CIF

Avant les années 1980, le concept de handicap s'est développé dans le seul champ médical. La Classification Internationale des Handicaps (CIH) a été élaborée pour décrire les conséquences des maladies, en complément de la Classification Internationale des Maladies (CIM).

La mesure des limites fonctionnelles, les stratégies correctrices mises en œuvre, fondent le concept de handicap sur les notions de taux d'invalidité, de réparation, de compensation. Le handicap est un état, résultant d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un problème de santé⁵. Vers la fin des années 80, la conceptualisation du handicap trouve son aboutissement dans l'élaboration de la CIH. Trois notions clefs sont introduites : au delà du simple diagnostic lésionnel ou **déficiences** et de l'évaluation fonctionnelle des capacités perdues ou **incapacités**, la réflexion doit s'étendre à la réduction des rôles sociaux ou **désavantage** ou **handicap**.

Pathologie ⇒ Déficiences ⇒ incapacités ⇒ handicap (ou désavantage)

La sequence de Wood Ph. and Bardley. EM World Rehabilitation Funds International Exchange of information in rehabilitation, 1980

Parallèlement, un courant de pensée aux USA et au Canada met en avant le rôle des obstacles environnementaux qui entravent l'activité de la personne et génèrent eux même la situation de handicap. A déficiences équivalentes et environnement différent, les situations de handicap différent.

Intégrant cette nouvelle dimension, dans un effort de synthèse, la Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap ou CIF, adoptée officiellement par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001, constitue à la fois la révision et le développement du travail de conceptualisation entrepris dans le cadre de la CIH. Le handicap résulte de trois niveaux de dysfonctionnement : le niveau interne des **altérations** des structures anatomiques et des fonctions physiologiques, le niveau de la personne avec les **limites d'activités**, enfin le niveau de la personne dans sa relation avec la société avec la **restriction de participation**. La situation de handicap naît de l'interaction entre ces trois niveaux de dysfonctionnement.

⁵ Jamet F. *De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap*. La nouvelle revue de l'AS, n°22, 2^{ème} trimestre 2003, p163-171

B) Développement de programmes de soins et interdisciplinarité

La complexité des interactions menant une personne à la situation de handicap nécessite des actions coordonnées, permettant l'élaboration d'un projet de soins, et au-delà, d'un projet de vie.

« La réadaptation consiste donc à aider la personne à réduire, compenser ou contourner ses situations de handicap, après les avoir évaluées, en modifiant son environnement, grâce à des aides techniques, humaines ou économiques, à des aménagements de domicile ou de poste de travail, en vue de sa réinsertion »⁶

Le développement de programmes de soins formalisés et coordonnés fait appel à de nombreux acteurs. La prise en charge du patient ne doit pas être une simple juxtaposition de soins et d'activités de rééducation. Dialogue, échanges, confrontations entre différents points de vue, complémentarité des compétences et parfois fusion des savoir-faire contribuent à la construction de l'interdisciplinarité.

1.2 LES CONCEPTS : L'EVOLUTION DU MONDE HOSPITALIER INTERROGE LES CONCEPTS EN GRH

Dans le monde du travail, tous secteurs confondus, jusqu'à il y a une vingtaine d'années, l'exercice d'un métier se déclinait en une succession d'emplois pour lesquels le salarié justifiait d'une qualification, souvent pour la vie. Les différents postes occupés par les agents relevaient plus du positionnement statutaire et organisationnel propre à l'entreprise que de la reconnaissance et de la valorisation des compétences développées au cours de l'exercice professionnel.

Le monde hospitalier est un monde complexe en pleine évolution⁷. L'apparition de nouveaux métiers en rapport avec les progrès technologiques, la recomposition du paysage hospitalier, le fonctionnement en réseau modifient à la fois l'organisation du travail, les modes de gestion des personnels et les pratiques professionnelles. Il s'agit de réinterroger la notion de métier en considérant le « contenu », c'est-à-dire les activités et les compétences qui lui sont rattachées.

⁶ Rémy C et coll., Unités de coordination en soins de suite et de réadaptation Rhône-Alpes. *Un nouveau regard sur l'organisation des SSR, des concepts à la pratique*.

Site éditeur : ANMSR (association nationale des médecins spécialistes en rééducation) Brochure, format pdf, 34 pages

⁷ Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Rennes. Editions E.N.S.P. 2004, 435 p

1.2.1 Métier, qualification, emploi, poste sont les concepts classiques d'une Gestion de Ressources Humaines administrative et statutaire

Dans une perspective opérationnelle, la gestion des ressources humaines s'articule autour des notions de métier, de qualification, d'emploi et de poste pour lesquels des profils sont définis. Les qualifications et diplômes permettent au gestionnaire d'attendre de la part des acteurs certaines performances dans l'exercice de leur fonction. Le positionnement de l'agent au sein de l'organisation de travail est lié à la fois à la fonction et au statut.

L'étymologie du mot métier renvoie à *ministerium* au sens de charges et devoirs associés à la fonction de serviteur puis à *mistier* au sens d'office et fonction. Au moyen Age, le métier évolue vers la reconnaissance de l'exercice d'un art. Les corporations d'artisans s'organisent. Le métier est né, attaché à une forme de travail particulière, l'artisanat et à une forme de transmission des savoirs, l'apprentissage sur le tas, sanctionné par des pairs⁸. L'industrialisation, le développement de la mécanisation, la segmentation du travail à accomplir ont modifié le rapport au travail. Le métier ne se définit plus comme l'exercice d'un art mais comme un service procurant une rémunération. Le Petit Robert (2001) lui attribue la définition suivante : « *Genre de travail déterminé, reconnu ou toléré par la société et dont on peut tirer ses moyens d'existence* ». Le métier renvoie alors à la notion d'emploi qui englobe celle de poste. L'emploi correspond à une situation de travail segmentée en un ou plusieurs postes, au sein d'une même structure. Le métier n'est pas lié à la structure d'une entreprise, à l'inverse du poste qui en est l'unité de base. L'emploi et les postes de travail associés sont formalisés au sein de l'entreprise, notamment dans l'organigramme, et requièrent des qualifications. Selon Elisabeth Dugué⁹ avoir une qualification « *C'est disposer de connaissances nécessaires pour accomplir au mieux le travail prescrit correspondant à un poste dont le contenu est fixé de façon immuable ...* ». La qualification est formelle, associée à la notion de diplôme et de statut. Elle est indépendante du contexte, supposée acquise une fois pour toutes. Du fait de sa qualification, l'individu est reconnu socialement, et peut gravir les échelons de sa carrière.

Dans les années 80, la gestion des ressources humaines s'est recentrée sur les individus et leur développement au travail. Ce mouvement intéresse particulièrement les

⁸ Wittorski R. *La professionnalisation de l'expérience*. Séminaire IRA octobre 2003 p 31-45

⁹ Dugué E., Maillebois M. *De la qualification à la compétence : sens et dangers d'un glissement sémantique*. Education Permanente, 1994, n° 118, pp. 43-49

établissements de santé dont le développement et la qualité du service rendu dépendent de ressources humaines disponibles.

1.2.2 Travail, tâche, activité : des notions qui rapprochent des acteurs

Le mot travail évoque des représentations différentes selon les disciplines : pour la sociologie il évoque la qualification, pour l'économie, plutôt l'emploi, enfin pour la psychologie, le travail est considéré comme l'activité du sujet. Le travail est une activité finalisée et contextualisée du sujet :

Dans le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, le métier est défini comme « *l'ensemble d'activités professionnelles, regroupant des postes ou des situations de travail pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences* ».

Le travail est une activité finalisée, réalisée de façon individuelle ou collective dans un contexte particulier qui fixe les contraintes immédiates de la situation¹⁰. On distingue le travail prescrit ou travail attendu au niveau local de l'organisation du travail qui en fixe les règles et les objectifs, et le travail réel qui constitue l'activité d'une personne en un lieu, en un temps.

Si la tâche est le travail déterminé que l'on doit exécuter¹¹, l'activité est l'ensemble des actions physiques et mentales développées par l'opérateur pour accomplir la tâche. La tâche est ce qui doit être fait par l'agent. L'activité est ce qui est effectivement réalisé par l'agent. Elle ne correspond pas toujours à la prescription. L'agent n'est jamais un pur exécutant. Il redéfinit sa propre tâche, à la fois en fonction des conditions évaluées pour opérationnaliser la prescription, mais également en fonction de ses propres objectifs. Les contraintes du travail ne sont pas subies passivement. L'acteur cherche toujours un accomplissement personnel dans la réalisation de la tâche et pour cela, il redéfinit certaines conditions de réalisation¹².

Acteur, tâche, et activité sont étroitement liés en situation de travail. L'activité dépend de l'agent et de la tâche prescrite, mais l'activité modifie nécessairement l'acteur et la définition de la tâche¹³.

¹⁰ Soins cadres n° 41- février 2002, p 18

¹¹ Dictionnaire des ressources humaines, Peretti J.M., 2^{ème} édition Paris : Vuibert sept 2001p 206

¹² Leplat J. *Regards sur l'activité en situation de travail- Contribution à la psychologie ergonomique.* Paris : Editions PUF, 1997. p.29

¹³ *Ibid*, p 6.

La tâche prescrite doit être définie. Le degré d'explicitation dépend de la nature de la tâche. Si elle est simple et répétitive, la définition déterminera les modes opératoires attendus. L'acteur est alors dans un système prescrit, fermé, où l'initiative, l'inventivité et la prise de risque ne sont pas possibles. Plus complexe, la tâche est souvent définie alors par les buts. Il est fait implicitement appel aux compétences de l'acteur pour mettre en œuvre, voire découvrir, des procédures qui permettront d'atteindre le but fixé. L'agent est ici dans un système de prescription ouvert, favorisant l'autonomie et la responsabilisation.

Il existe un écart entre travail prescrit et travail réel. Cet écart est lié aux conditions externes de l'environnement et du contexte situationnel. Il est aussi dépendant de conditions internes, propres aux acteurs. **Ces conditions internes sont les compétences mobilisables et mobilisées par le sujet, en situation de travail.**

1.2.3 Compétence et activité sont des notions étroitement liées

Selon J. Leplat, « *La compétence est le système de connaissances permettant d'engendrer l'activité répondant aux exigences d'une tâche. Elle représente l'aspect générateur de l'activité* ». La compétence est quelque chose d'abstrait, un concept pour lequel pas moins de cent vingt définitions ont été recensées, toutes complémentaires. Pour exemple, selon Sandra Bellier, « *la compétence permet d'agir ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante, dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée* »¹⁴. Ou encore : « *Une compétence représente la mise œuvre de savoirs et de savoir-faire pour la réalisation d'une tâche. La compétence dépend en premier lieu des aptitudes et capacités mais elle résulte surtout de l'expérience professionnelle; elle s'observe objectivement à partir du poste de travail. Elle est de fait validée par la performance professionnelle.* »¹⁵.

A) Des points d'accord existent entre ces définitions

1 Dans la compétence il y a un aspect de reconnaissance sociale.

On reconnaît socialement la compétence. C'est le jugement d'autrui qui établit la compétence.

¹⁴ *La compétence*, Traité des sciences et des techniques de la formation, Carré P. et Gaspar P. Paris : Editions Dunod, 1999 ; p 12

¹⁵ Bellenger L. et Pigallet P. *Dictionnaire de la formation et du développement personnel*. Paris, ESF 1996, p 66

2 La compétence se manifeste dans l'action mais n'est pas l'action.

Elle permet d'agir. C'est dans l'action qu'on la repère. Ce que l'on observe c'est le résultat. Le résultat de l'action renvoie à la performance. Pourtant interroger la performance par l'intermédiaire d'indicateurs ne renseigne pas sur la compétence elle-même, c'est-à-dire ce que fait le sujet pour exécuter la tâche. En effet, il existe différentes façons d'arriver au même résultat, et chaque acteur traite différemment la situation rencontrée.

3 La compétence est un attribut du sujet.

Si la compétence nécessite l'acquisition de différents savoirs, c'est le sujet qui organise et combine l'ensemble des ressources dont il dispose, pour agir avec compétence.

Pour rendre compte des ressources dont dispose l'individu en situation d'agir, G. Le Boterf distingue différents savoirs, associés aux aptitudes et ressources émotionnelles et physiologiques du sujet¹⁶ :

- **Les savoirs théoriques** correspondant aux connaissances générales, aux savoirs disciplinaires, mais également aux connaissances spécifiques à l'environnement professionnel.

- **Les savoir-faire opérationnels**, méthodologiques et techniques nécessaires à la mise en œuvre de l'action.

- **Les savoir-faire expérimentiels** issus de l'action, souvent difficilement explicités par les professionnels, correspondant au «tour de main », à une «certaine façon de faire ».

- **Les savoir-faire relationnels** nécessaires à la coopération.

- Enfin **les savoir-faire cognitifs** qui correspondent aux opérations mentales permettant analyse et résolution de problèmes.

« *La compétence est donc une combinatoire de ressources variées pouvant être mises en œuvre* »¹⁷. A ce titre, elle est davantage un processus qu'un état, elle s'acquiert, se construit, se transforme.

4 La compétence ne peut être indépendante d'une réflexion sur les niveaux de compétence.

Comment caractériser les personnes les plus compétentes par rapport à celles qui le sont moins ? L'évaluation doit permettre d'affirmer soit, que A est plus compétent que B ou bien que A est plus compétent à l'instant t' qu'à l'instant t.

5 La compétence a une dimension individuelle et une dimension collective.

¹⁶ Le Boterf G. *Ingénierie et évaluation des compétences*. 4^{ième} édition. Paris. Editions d'organisation, 2002. 563 p

¹⁷ Le Boterf G. *De quel concept de compétence avons-nous besoin*. Soins cadres n°41, Février 2002, p 21

Si la compétence est singulière, propre à l'individu, elle ne peut s'exercer sans s'articuler avec la compétence d'autrui. La mise en œuvre de la compétence d'un acteur est liée à celle des autres acteurs. L'organisation des complémentarités au sein d'un collectif de travail doit être pensée, pour permettre la performance collective.

6 Compétence et prescription sont étroitement liées.

Plus l'individu est dans une situation professionnelle à prescription stricte, plus la compétence qu'il est censé mettre en œuvre peut être définie en terme de « *savoir-faire en situation* »¹⁸. Etre compétent, c'est être capable d'exécuter une opération prescrite, souvent en appliquant des procédures définies et décrites. Lorsque l'individu est dans une situation de travail ouverte où la prescription est faible, être compétent c'est « *savoir agir en situation* ». Le sujet est alors dans une position de prise d'initiative, de choix, d'autonomie.

Dans l'environnement complexe de l'hôpital, les acteurs sont confrontés à ces deux situations : ils doivent à la fois savoir appliquer des règles et des procédures, tout en étant capables d'autonomie et d'innovation pour répondre au contexte changeant. Comme l'écrit Guy Le Boterf, « *Pour être reconnu compétent, il ne suffit plus seulement d'être capable d'exécuter le prescrit, mais d'aller au-delà du prescrit* »¹⁹.

7 La compétence requise n'est pas la compétence réelle .

La compétence requise renvoie à la tâche prescrite, définie plus haut. Définir les compétences professionnelles correspond souvent à la description des opérations prescrites que le sujet doit savoir exécuter pour l'emploi considéré. Les référentiels d'activités et de compétences listent les aptitudes, les capacités, les qualifications et les savoirs requis pour l'exécution des différentes tâches. Pour autant les référentiels ne sont que des points de repère, par rapport auxquels les personnes élaborent leurs propres compétences²⁰. La compétence réelle est singulière, construite par chaque personne, dans un contexte. Pour G. Le Boterf, « *Il s'agit d'une façon de s'y prendre pour agir dans un certain type de situation, pour résoudre une famille de problèmes, pour faire face à un certain type d'événements.* »²¹. La compétence réelle est une disposition particulière à agir d'une certaine façon, par combinaison de ressources propres.

¹⁸ Ibid, p 20-22

¹⁹ Ibid, p 20

²⁰ Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. 3^{ième} édition, Paris :.Editions d'organisation, 2004. 244 p.

²¹ Le Boterf G. *De quel concept de compétence avons-nous besoin. Op. Cit.* p 21

Pour approcher « *cette façon de s'y prendre* », il faut s'intéresser aux processus mentaux mis en œuvre par les acteurs pour passer à l'action, mettre en évidence les différentes opérations mentales qui ont conduit à l'action. La compétence réelle peut être appréhendée par la recherche et la modélisation des déterminants cognitifs de l'activité du sujet en situation.

B) L'approche cognitiviste de la compétence cherche à modéliser la compétence réelle

Pour nous permettre d'agir avec compétence, les activités mentales construisent des représentations et combinent ces représentations. Ces combinaisons renvoient à ce que G. Vergnaud, psychologue cognitiviste, appelle **le schème opératoire**.

Un schème opératoire est « *l'organisation invariante de la conduite pour une classe de situations données* »²². Le schème correspond à **une certaine façon de s'y prendre dans un contexte, une famille de situations, pour résoudre un type de problèmes**²³.

Piaget a introduit le concept de schème d'action qu'il définit comme « *la structure générale de l'action, se conservant au cours de ses répétitions, se consolidant par l'exercice et s'appliquant à des situations qui varient en fonction du milieu* »²⁴.

Le concept de schème opératoire s'articule avec celui de pratique professionnelle.

Le schème opératoire est une représentation simplifiée d'une suite d'actions. Une suite d'actions constitue une conduite, une pratique. Le mot pratique apparaît dans la langue française au XIII^e siècle²⁵. Du grec *prassein* « faire, exécuter, accomplir », il signifie « application de règles », puis désigne toute transformation de la réalité par l'action humaine. La pratique ne renvoie pas exclusivement au faire, mais également aux procédés utilisés pour faire. Les pratiques professionnelles attachées à un métier renvoient aux différentes séquences d'action que le sujet met en œuvre pour réaliser les tâches.

²² Vergnaud G. « *La théorie des champs conceptuels*. Recherche en Didactique des Mathématiques, 1990, 10, 2/3, p 136

²³ E.N.S.P. Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétence. Un exemple : le référentiel de compétences des directeurs d'Ecoles Paramédicales. Janvier 2002, p 16

²⁴ Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Op Cit .p 79.

²⁵ Dictionnaire critique d'action sociale sous la direction de J.Y Barreyre, B. Bouquet ? Chantreau André, Lassus Pierre Collection 'travail social' Bayard Edition Paris ,1995, p 293-294

Agir avec compétence c'est pouvoir reproduire plusieurs fois une même pratique, pertinente pour un certain type de situations. C'est pouvoir mobiliser un schème opératoire, organisateur de l'action.

C) Les constituants de la compétence

Selon G. Vergnaud, le schème opératoire est une entité dynamique, comportant quatre éléments fondamentaux qui se combinent²⁶. Ces catégories mentales que le sujet mobilise sont accessibles soit par inférence en observant directement le comportement, soit par verbalisation.

1 Les inférences opérées par le sujet permettent le passage de la classe de situations à la situation particulière rencontrée.

Lorsque je mets en œuvre un schème, **je fais des calculs**. Les inférences réalisées livrent certains **paramètres** qui permettent de déterminer les règles d'action et les ajustements nécessaires au contexte. J'adopte de plus des **stratégies**, dont j'ai calculé les effets attendus. J'opère un choix parmi un ensemble de procédures utilisables. **J'anticipe** les effets des différentes actions et mesure les écarts par rapport aux résultats attendus.

2 Les règles d'actions ou **comment l'activité est mise en œuvre**. Ce sont les différentes actions et/ou opérations mentales qui permettent la réalisation concrète du schème. Des indicateurs de performance évaluent comment les règles d'action aboutissent au résultat attendu.

3. Les buts et sous-buts : c'est répondre à la question pourquoi je fais cela, dans quel(s) but(s).

4- Les fondements de l'action ou **les invariants opératoires** correspondent aux éléments conceptuels utilisés plus ou moins consciemment, lors de la mobilisation et de la réalisation du schème opératoire. Ces éléments conceptuels sont fondamentaux, organisateurs de l'activité produite, même s'ils sont mobilisés à tort, au regard des exigences de la tâche. Les identifier, c'est se poser la question « qu'est ce que je tiens pour vrai et qui fonde mon action » et « qu'est ce que je tiens pour pertinent pour ... »

²⁶ E.N.S.P. *Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétence. Un exemple : le référentiel de compétences des directeurs d'Ecoles Paramédicales*. Op. Cit. p.16-19

L'approche cognitive de la compétence est une voie possible pour appréhender la compétence réelle en «décryptant» les constituants des schèmes opératoires que le professionnel a construits. Ces schèmes sous-tendent la pratique professionnelle et permettent de faire face aux exigences du métier exercé, et aux diverses situations professionnelles rencontrées.

Cette approche nous semble riche de sens pour les professions de rééducation, car elle permet de concilier composante mentale et composante manuelle et physique dans la réalisation de la tâche prescrite.

2 LE RECUEIL D'INFORMATIONS

La démarche suivie

L'objectif est la production de données pour permettre la réflexion. Nous avons adopté trois méthodes successivement, pour constituer un corpus suffisamment large et riche²⁷. En premier lieu, nous avons procédé pour ces trois métiers de rééducation à une recherche documentaire. Onze entretiens semi directifs ont permis ensuite d'enrichir le corpus et de mettre en perspective les représentations des différents professionnels avec les premières données recueillies et analysées. Enfin, l'observation directe d'une situation de travail ayant donné lieu à des entretiens d'explicitation a complété le recueil des données.

Méthodologie générale suivie tout au long du recueil d'informations

La méthode retenue pour le traitement de l'ensemble des données est de s'en tenir au contenu manifeste, au signifié immédiatement accessible²⁸. Il n'a pas été procédé à l'analyse de la structure formelle du discours ou du texte. Le sens implicite n'a pas été recherché.

Nous avons procédé à un inventaire des unités de sens, dénombrement et catégorisation, enfin comparaison. Pour catégoriser les unités de sens, nous avons choisi les « construits » utilisés pour l'élaboration du référentiel de compétences diététicien, édité par l'association des diététiciens de langues française (ADLF)²⁹.

²⁷ Mucchielli R. *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris : ESF Editeur, 1998. 216 p.

²⁸ Mucchielli R. *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Op. Cit. p 49

²⁹ Référentiel de compétences diététicien Site éditeur ADLF le 25/06/2004, p1/7

Pour chaque profession nous recherchons :

- ✓ La définition de la profession considérée
- ✓ Le domaine scientifique principal
- ✓ Le domaine des sciences propres qui la différencie des autres professions de rééducation
- ✓ Les champs d'activités
- ✓ Les champs d'application professionnelle

2.1 RECHERCHE DOCUMENTAIRE : QUEL PARTAGE ET QUELLE SPECIFICITE POUR CES TROIS METIERS DE REEDUCATION ?

2.1.1 Un premier niveau de la représentation sociale du rôle et des missions se trouve dans les textes législatifs et réglementaires

Les textes législatifs et réglementaires définissent ces trois professions et leurs missions. Nous recherchons caractéristiques communes et différences.

A) Une caractéristique forte partagée : ces professions inscrites au Code de Santé Publique sont organisées et réglementées autour de la profession médicale

Le code de santé publique définit les professions en référence aux actes professionnels autorisés, et non aux compétences propres. (Annexe II)

Cette définition renvoie à l'exécution sur prescription médicale d'actes professionnels. Au centre se trouve la profession médicale. Les compétences des autres professions dites auxiliaires, sont construites comme des dérogations au monopole médical, protégé par l'infraction d'exercice illégal de la médecine³⁰.

Dans le système de droit français, toute intervention sur le corps qui entraîne un dommage constitue par principe une « atteinte à l'intégrité physique des personnes ». A ce titre, elle est punissable. Cependant la loi organise les conditions d'une atteinte légitime à l'intégrité corporelle. Cette possibilité est admise concernant l'intervention des

http://www.adlf.org/formation/referentiel_comptences_dietecien.pdf

³⁰ Moret-Bailly J. *L'organisation juridique des compétences des professionnels de santé*. Annexe 1. p 57-86 dans Matillon Y. *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles*. Rapport de mission, Août 2003, 94 p.

professionnels de santé, du fait du caractère thérapeutique. Seule la loi peut autoriser un professionnel de santé à intervenir sur le corps humain.

L'article L4161-1 du CSP définit les conditions de l'exercice illégal de la médecine :

« ...Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, **ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret.** »

Le respect strict de la liste des actes professionnels tels qu'ils sont définis par la loi protège les professionnels de rééducation de l'infraction d'exercice illégal de la médecine.

B) La différenciation des rôles se trouve dans la partie réglementaire, système de régulation entre professions

La partie législative apporte peu d'informations sur le rôle propre³¹. Pour exemple l'ergothérapeute est le professionnel « *qui exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie* » C'est dans la partie réglementaire, section 1, que sont notifiés, pour les trois professions, les activités et les actes professionnels autorisés. Les articles réglementaires du CSP reprennent les textes initiaux abrogés depuis le décret n° 2004- 802 du 29 juillet 2004 paru au JO le 8 Août 2004 relatif aux parties IV et V du code de santé publique concernant l'exercice et les actes professionnels autorisés :

☞ Article R. 4321-1 à l'article R. 4321-13, rédaction du décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 pour les masseurs-kinésithérapeutes.

☞ Article R. 4331-1, rédaction du décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 pour les ergothérapeutes.

☞ Article R. 4332-1, rédaction du décret n° 88-659 du 6 mai 1988 pour les psychomotriciens.

L'analyse de la structure et du contenu de la partie réglementaire permet de faire plusieurs remarques :

³¹ Pour les MK : CSP, quatrième partie, livre 3, titre 2, L.4321-1

Pour les ergothérapeutes : CSP, quatrième partie, livre 3, titre 3, L.4331-1

Pour les psychomotriciens : CSP quatrième partie, livre 3, titre 3, L 4332-1

1 Les missions confiées par le législateur aux masseurs-kinésithérapeutes sont explicitement définies, et couvrent un large champ d'activités.

Ce sont treize décrets au total, qui définissent les actes professionnels, les traitements et les techniques autorisés concernant les masseurs-kinésithérapeutes. Le décret R.4321-5 sous la rubrique traitements de rééducation autorisés, balaie l'ensemble des champs d'application professionnelle, alors que le décret R-4321-7 liste les techniques autorisées. Viennent s'ajouter d'autres décrets qui élargissent le domaine de compétences par l'autorisation d'activités comme la participation à l'établissement de bilans d'aptitude sportive (R. 4321-11), ou l'établissement du diagnostic kinésithérapique (R.4321-2).

Concernant les ergothérapeutes et les psychomotriciens, un seul et même décret en section 1 définit à la fois les champs d'application professionnelle et champs d'activités, tout en évoquant les techniques autorisées. On note dans la rédaction des articles réglementaires concernant les ergothérapeutes et les psychomotriciens, une certaine imprécision mettant sur un même plan ce qui correspond à une activité, une action et un acte. Par exemple dans l'article R.4331-1 relatif aux actes professionnels autorisés pour les ergothérapeutes, l'application d'appareillage est un acte au même titre qu'une injection pour une infirmière, alors que l'accomplissement de bilans correspond à une activité d'évaluation.

2 La rédaction des articles donne aux ergothérapeutes le champ d'application professionnelle le plus large :

Pour les psychomotriciens, la définition de leur champ d'application professionnelle est référencée à deux domaines disciplinaires, médicaux et neuropsychologiques. Les actes professionnels sont nommés actes de rééducation. (☞ *Rééducation des troubles du développement psychomoteur*) et se centrent en particulier sur l'enfant (☞ *Education précoce - retard du développement psychomoteur*)³². L'exercice professionnel est ainsi circonscrit.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les actes professionnels sont des actes manuels ou instrumentaux qui renvoient à l'application de techniques nommément définies. Leur domaine de compétence est défini par un listing important mais exhaustif de nombreux actes, activités et techniques autorisés, réalisés à des fins de rééducation. Si les missions sont larges, le rôle prescrit est parfaitement défini.

³² Article R. 4332-1

Ce sont les ergothérapeutes qui, du fait de la rédaction de leur décret, ont le champ d'intervention le plus large. En effet, les traitements couvrent l'ensemble de séquence de Wood, menant de la déficience au handicap en passant par l'incapacité, et s'appliquent à tous les domaines (*☞ somatique, psychique, intellectuel, relationnel*)³³. Dans un objectif d'autonomie à la fois individuelle, sociale ou professionnelle, le législateur parle de sollicitations en situation de vie ou de travail, et non d'actes de rééducation. Dans la définition des actes professionnels autorisés, les ergothérapeutes se placent plus dans le champ de l'activité que de la technique : « *☞ l'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante* »³⁴, ou encore « *☞ par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail* »³⁵. Ces professionnels appartiennent pleinement au champ des « 3R » : rééducation- réinsertion et reclassement professionnel.

3 Des zones de chevauchement apparaissent en particulier entre les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

On note entre psychomotriciens et ergothérapeutes des zones partagées. Jeu et expression, qu'ils soient activités ou techniques, appartiennent aux deux professions. De la même façon, la prise en charge des difficultés temporo spatiales est un domaine partagé. Enfin, le domaine psychoaffectif avec les troubles de la personnalité et de la relation est commun. Pour les ergothérapeutes, on parlera de « *☞ maintien ou reprise de l'identité personnelle* » et « *expression de conflits internes* » et pour les psychomotriciens de « *☞ traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles* ».

La relaxation est une activité commune aux psychomotriciens et aux masseurs-kinésithérapeutes.

Le massage et la gymnastique qui figurent dans l'article de loi L. 4321-1, spécifient l'exercice professionnel des masseurs-kinésithérapeutes.

2.1.2 Un deuxième niveau de la représentation sociale du rôle et des missions se trouve dans les documents présentant ces professions, élaborés par des organismes de référence en matière de métiers et de santé

³³ Article R. 4331-1

³⁴ *Ibid*

³⁵ *Ibid*

Les rôles sont prescrits mais les pratiques professionnelles évoluent. Au-delà de l'étude comparative des textes législatifs et réglementaires, nous proposons d'interroger d'autres niveaux de représentation de ces métiers.

A) La démarche :

Le corpus est constitué des :

- ✓ fiches du guide d'accès aux emplois de la Fonction Publique Hospitalière, réalisé par l'ANFH³⁶ (site actualisé en 2002),
- ✓ fiches emploi/métier du répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME)³⁷ élaborées par l'ANPE en 1999,
- ✓ présentation des métiers de santé sur le site du ministère de la santé, (site actualisé en 2002)
- ✓ fiches du répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière paru en 2004.

La définition des professions données par l'ANFH est très proche des textes législatifs et réglementaires. Nous sélectionnons les unités de sens à partir de ces fiches, le rôle prescrit étant « le noyau » à partir duquel les pratiques professionnelles se constituent et évoluent.

L'objectif est de « reconstruire » la représentation de ces métiers, à partir des définitions données par chaque organisme, et de mettre en évidence d'éventuelles évolutions. Puis nous interrogeons les zones de chevauchement. Pour cela nous comparons domaines scientifiques, sciences propres, champ d'activités, champ d'application professionnelle et actes et techniques, conformément à la démarche générale définie en page 19 de ce mémoire.

B) Méthode et principes : la méthode d'analyse de contenu par sélection³⁸

L'unité de sens choisi a été le mot, pour composer une liste d'indicateurs types, ou mots significatifs.

La première phase a été d'éliminer les « mots vides » (articles, pronoms, conjonctions de coordination...).

³⁶ http://www.anfh.asso.fr/agents_hospitaliers/guide_fph/guidedefphpres.php?idc=2&idp=5

³⁷ <http://rome.anpe.net/candidat/index.php>

³⁸ dans Mucchielli R. *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris : ESF éditeur, 1998. p 53-55

Nous avons ensuite constitué l'index des mots-clefs.

Enfin nous avons calculé l'occurrence³⁹ de ces mots-clefs en incluant les synonymes. Le principe adopté pour l'analyse est que la fréquence d'un mot-clef est représentative de son importance pour le sens⁴⁰. L'occurrence des mots type allant de 7 à 1, nous avons choisi de garder comme fréquence significative de représentations stabilisées, les mots dont les occurrences vont de 7 à 4.

Parallèlement, nous avons interrogé les mots à basse fréquence, et notamment ceux qui ont une occurrence égale à 1 apparaissant dans les textes les plus récents, les fiches métiers de la FPH. L'apparition de mots nouveaux est relevée comme un indicateur de l'évolution des représentations concernant ces métiers.

C) Résultats

1 La définition des professions : rôles et missions

L'index complet des mots clefs avec les occurrences respectives figure en annexe III.

Le tableau ci après présente les mots clefs spécifiant les pratiques professionnelles, relevant de représentations stables : occurrence de 7 à 1.

³⁹ L'occurrence d'un mot est égale au nombre de fois où ce mot apparaît dans un texte.

www.webrankinfo.com/lexique-o-72-occurrence.htm - 21k

⁴⁰ Mucchielli R, *ibid*

Oc	Masseur-kinésithérapeute	Ergothérapeute	Psychomotricien
7		Personne	Troubles psychomoteurs et psy.....
6			Rééducation
5	Capacités (+/- fonctionnelles)	Traitement	Prescription médicale (réglementaire)
4	Rééducation Prévention Entretien Récupération-	(in)Capacités (ré) adaptation Handicap Actes Psychique Déficiences Réinsertion	

Concernant les Masseurs-kinésithérapeutes :

Le rôle du masseur-kinésithérapeute apparaît clairement : *prévenir, maintenir* et *rétablir* (occurrence = 4) les *capacités fonctionnelles* (occurrence = 5) de l'individu grâce à la *rééducation* (occurrence = 4). « L'objet » visé par la kinésithérapie, et ceci de manière très stable pour les quatre définitions, sont les capacités du sujet, c'est-à-dire l'ensemble des dispositions et des acquis qui permettent ou permettront la performance : « être capable de ». Le MK répare ce qui est altéré, grâce la rééducation.

Les mots à occurrence faible, entre 2 et 3 (annexe 3) : *altération* est un terme revenu trois fois. Le rééducateur répare, restaure ce qui est abîmé. *Technique, manuel, instrumental* sont des mots qui ont la même occurrence que *traitement et soins*. Ceci semble traduire un équilibre entre « prendre soin » et « appliquer des techniques ».

Concernant les ergothérapeutes

L'intervention est centrée sur la *personne*, (occurrence = 7) et non sur les capacités fonctionnelles, comme pour les masseurs-kinésithérapeutes. *Traiter* (occurrence = 5) et non *réduquer* (occurrence = 2) est au centre des activités, pour permettre la *(ré)adaptation* (occurrence 4), la *réinsertion* de l'individu (occurrence 4), et son *autonomie* (occurrence = 4). Les termes de *déficience, incapacité, handicap* reviennent régulièrement dans les différentes définitions (occurrence 4). Ces concepts, empruntés à la CIH reflètent une démarche moderne et écologique. La personne en situation est appréhendée dans sa globalité, en prenant en compte la dimension *psychique, intellectuelle* (occurrence 4).

Les mots à occurrence faible entre 2 et 3 (annexe 3) : L'aspect *technique* et *rééducatif* pour *maintenir* et *recupérer* une fonction est présent, mais n'est pas prévalent à l'inverse des masseurs-kinésithérapeutes (occurrence = 4).

Concernant les psychomotriciens

Contrairement aux deux autres professions, l'aspect *prescrit* et *réglementé* ressort fortement (occurrence= 5). Le psychomotricien *réduque* (occurrence= 6) des *troubles*⁴¹ (occurrence = 7) et non des déficiences ou des incapacités. Ces troubles ont toujours une *dimension psychologique* (occurrence ;= 7). La définition ainsi reconstituée fait apparaître une dissonance entre le concept de rééducation⁴² associé à la notion de fonction, et celui plus vague de troubles ayant une dimension psychologique. Ceci s'est traduit notamment par le changement d'appellation pour les professionnels : « psychomotricien » (décret n° 85-188, février 1985) a remplacé « psychorééducateur », terme choisi lors de la création du diplôme d'état (décret n°74-112 février 1974).

Les mots à occurrence faible entre 2 et 3 : Le mot *corps* apparaît, définissant plus spécifiquement le champ professionnel. *Soins* et *personne* apportent une dimension thérapeutique et relationnelle.

Conclusion : pour les trois professions, l'analyse des représentations, telles qu'elles apparaissent dans les documents des organismes de référence en matière de santé et de métiers est proche de l'analyse des textes réglementaires.

2 L'évolution de ces représentations : les mots d'occurrence égale à 1

Pour les trois professions, des activités de *dépistage*, *diagnostic* et *recherche* apparaissent. Chacune, avec ses propres outils, met en place une démarche d'ingénierie, afin de développer ses propres domaines d'application et scientifiques.

Pour la profession de masseur kinésithérapeute : *réadaptation*, *mouvement*

On note un double mouvement : à la fois l'élargissement du champ d'application professionnel par l'introduction du mot *réadaptation* à l'image des ergothérapeutes, et un retour au concept fondateur, le *mouvement* (Kinésithérapie : kinési ou mouvement et thérapie soit la thérapie par le mouvement).

⁴¹ cf : Petit Robert 1 : trouble renvoie à dérèglement, perturbation, désordre, désorganisation.

⁴² Cf Petit Robert 1 : action de refaire l'éducation d'une fonction lésée par accident.

Pour la profession d'ergothérapeute : *prévention, social, patient*. Une connotation plus médicale apparaît dans l'utilisation du mot *patient* par rapport à individu et personne largement utilisés dans les définitions antérieures. La *prévention* fait partie des missions de santé publique des professionnels de santé. Le champ médical de la santé appartient bien au champ d'application professionnelle des ergothérapeutes. Ceci est « ressignifié », au même titre que le champ *social*.

Pour la profession de psychomotricien : *traitement, prévention, stimulation sensorielle, neuromoteur, mieux-être*,

Les mots *prévention* et *traitement* viennent s'ajouter au mot rééducation largement utilisé, inscrivant bien l'intervention du psychomotricien dans le domaine médical. *Stimulation sensorielle* et *neuromoteur* montrent un élargissement du champ d'application professionnelle, ouvrant à la prise en charge des fonctions physiologiques, sensorielles et neuromotrices, jusque là réservée aux masseurs-kinésithérapeutes et ergothérapeutes.

Conclusion : Chaque profession réaffirme son appartenance au champ de la santé. Pour les trois, les champs professionnels s'élargissent et s'interpénètrent.

3 Les zones partagées, les niveaux et leur étendue (tableau en annexe IV)

Le domaine scientifique principal dans lequel exercent ces trois professions est partagé : le domaine des sciences médicales et de la santé. Pour les ergothérapeutes et les psychomotriciens se rajoute le domaine des sciences humaines, les références au psychisme et à la psychologie étant nombreuses.

Concernant les sciences propres, on trouve une dimension spécifique pour chaque profession : Pour les masseurs-kinésithérapeutes ce sont les capacités fonctionnelles et le mouvement, pour l'ergothérapeute, les déficiences, incapacités et handicaps, enfin pour le psychomotricien c'est l'interface entre le somatique et le psychique. Dans le domaine des sciences propres, la référence aux connaissances relatives au psychisme et à la psychologie de l'individu est partagée entre ergothérapeutes et psychomotriciens. On note cependant pour les ergothérapeutes la prise en compte plus particulière des fonctions cognitives.

Dans les champs d'application professionnelle, on trouve des domaines propres et partagés. **Les fonctions motrices et organiques pour les masseurs-kinésithérapeutes, les situations d'activités et de travail de la personne dans son environnement pour les ergothérapeutes, et le comportement de façon générale**

pour les psychomotriciens sont les champs professionnels propres. Le domaine sportif n'apparaît que pour les masseurs-kinésithérapeutes. De la même façon, le champ de la réinsertion professionnelle « appartient » aux ergothérapeutes. Le champ d'application professionnelle du bien être et du mieux être, est partagé entre masseurs-kinésithérapeutes et psychomotriciens.

Les champs d'activités présente des similitudes. Pour les trois professions ce sont des activités de rééducation. Par contre, les psychomotriciens sont les seuls à ne pas évoquer les termes de réadaptation et d'environnement. En 2004, ces trois professions inscrivent dans leurs activités, prévention, dépistage, recherche et activités d'évaluation, de bilans et de diagnostic. Si les outils d'évaluation sont propres à chacun, la démarche d'ingénierie est commune.

Certaines techniques ou actes sont partagées, comme la relaxation, le jeu, les conseils d'hygiène.

Conclusion : ces résultats concordent avec ce que les textes réglementaires prescrivent. Mais la définition des rôles propres s'est affinée et affirmée avec les définitions successives.

2.1.3 L'analyse de sommaires de revues professionnelles sera notre troisième niveau

La démarche et la méthode

Nous avons sélectionné trois revues professionnelles : « Kinésithérapie Scientifique » revue mensuelle la plus ancienne, largement diffusée, « Ergothérapie » revue trimestrielle faisant suite au « Journal d'ergothérapie », enfin « Thérapie psychomotrice », également trimestrielle, et unique revue pour les psychomotriciens.

Nous avons relevé grâce aux sommaires les titres des articles parus durant les années 2000-2001-2002. A cela deux raisons :

- Une revue professionnelle a pour objectif de faire partager au plus grand nombre les actualités professionnelles, tout en apportant un éclairage conceptuel, et des informations sur l'organisation de la profession. A ce titre, elles suivent l'évolution des pratiques professionnelles.
- Dans un titre, les mots ont été nécessairement choisis au regard du sens et de l'objectif poursuivi,

L'objectif est d'identifier les concepts mobilisés de façon prévalente par chaque groupe professionnel, et de les comparer avec les mots clefs des différentes définitions. Compte tenu du nombre important de mots, après avoir retranscrit dans Word l'ensemble des titres, nous avons utilisé un logiciel d'analyse de contenu, le logiciel TROPES. Pour pouvoir comparer les occurrences des mots, nous avons pris pour la revue Kinésithérapie Scientifique, les titres parus sur les six premiers mois en 2000, un mois sur deux en 2001 enfin les six derniers mois en 2002.

La classification se fait en termes d'équivalents sémantiques. Le logiciel regroupe dans des **classes d'équivalents** les noms communs et noms propres ayant un sens voisin. Dans les tableaux figurent entre parenthèses les mots voisins du concept, gardés par le logiciel pour classer et numériser.

Les résultats

Sont retenus les dix premiers résultats et figurent en gras les mots dont les occurrences sont égales ou supérieures à 10.

Masseurs-Kinésithérapeutes : ensemble du corpus

occurrences	Concepts retenus
24	Kinésithérapie (idem)
20	Rééducation (idem)
17	Maladie (cancer, diabète, muscovicidose...)
10	Malade (patient, asthmatique...)
10	Enfant (idem)
9	Centre hospitalier (clinique, hôpital)
9	Estimation (évaluation)
8	Thérapie (cryothérapie....)
8	Traitement
7	Souffrance (douleur)

L'univers sémantique des masseurs-kinésithérapeutes est très homogène. Le mot le plus fréquent est *kinésithérapie* qui est donc l'objet d'étude des articles, suivi du concept de *rééducation*, *maladie* et *malade*. On est bien dans le champ de la santé et des sciences médicales, centré sur la connaissance des maladies et la prise en charge rééducative du malade. Les occurrences des mots *centre hospitalier*, *thérapie* et *traitement* va dans le même sens. On note deux concepts isolés qui n'apparaissent pas chez les ergothérapeutes et psychomotriciens : *évaluation* et *douleur*. En cela, les

kinésithérapeutes inscrivent leurs pratiques professionnelles dans l'évolution du monde de la santé : évaluation des pratiques professionnelles et prise en charge de la douleur.

Ergothérapeutes : ensemble du corpus

occurrences	Concepts retenus
22	Thérapie (ergothérapie)
10	Médecin (ergothérapeute)
9	Malade (malade, patient, tétraplégique)
9	Handicap (idem)
8	Famille (mère, famille)
8	Gens (personnes)
5	Maison (domicile)
5	Formation (idem)
5	Connaissance (expérience, savoir-faire, compétences)
4	Législation (idem)

Les articles sont centrés sur la pratique professionnelle propre, puisque *ergothérapie* (22) et *ergothérapeute* (10) arrivent en premier, indiquant un processus identitaire fort. Dans le même sens, *formation* (5) et *connaissance* (5) sont deux concepts à remarquer, car ils renvoient à la construction et au maintien des compétences des professionnels. *Malade* (9), *handicap* (9) inscrivent l'action thérapeutique dans le champ de la santé, *famille* (8), *gens* (8) *maison* (5) dans le champ social et l'environnement. **L'ensemble est cohérent avec l'analyse des définitions.**

Psychomotriciens : ensemble du corpus

occurrences	Concepts retenus
20	Corps (idem)
17	Psychomotricité (idem)
16	Thérapie (idem)
12	Enfant (garçon,...)
12	Étendue (espace, ...)
10	Malade Mental (Psychose, ...)
10	Ecoute (idem)
9	Relation (lien,)
8	Jeu (idem)
7	Connaissance (expérience, connaissance, savoir-faire)

A côté de concepts fondateurs appartenant aux textes réglementaires comme *enfant* (12) *étendue* pour *espace* (12), *jeu* (8), **le concept de corps avec une occurrence égale à 20 est remarquable.** En effet, dans les définitions c'est un concept qui apparaît faiblement (3). Les articles reflètent les pratiques professionnelles, qui déterminent les champs de compétence, au sens de domaine d'action délimité à l'intérieur duquel

s'exerce un ensemble de capacités professionnelles (source AFNOR). La référence au concept de *connaissance* (expérience, savoir-faire) avec une occurrence égale à 7 renforce l'idée d'une construction en cours. Enfin *l'écoute* (10) et la *relation* (9) renvoient, du fait de leur fréquence, à des modes opératoires spécifiques.

2.2 IDENTITE PROFESSIONNELLE ET SPECIFICITE : ENTRETIENS ET ANALYSE DE CONTENU

2.2.1 Présentation de la démarche

L'identité professionnelle définit une personne, sur le plan professionnel. L'identité professionnelle participe à la constitution de l'identité personnelle et inversement. « *L'identité, c'est ce par quoi une personne, un groupe (familial, professionnel ...) se reconnaissent eux-mêmes, et se voient reconnus par les autres. Ils construisent et disposent pour cela d'un système de représentations, d'images et de sentiments, à partir desquels ils peuvent signifier leur spécificité, leur appartenance, leur légitimité, à la lumière de leur propre histoire et leur propre projet. Ce système identitaire peut être souple ou rigide, ouvert à autrui ou fondé sur la destruction de l'autre....* »⁴³. L'identité n'est pas une donnée stable. Elle s'inscrit dans une histoire, l'histoire propre du sujet et de ses échanges avec le milieu.

Il est plus approprié de parler de processus identitaire que d'identité.

Les entretiens individuels

Pour explorer le lien existant entre identité professionnelle et spécificité, et toujours au regard des trois hypothèses, nous avons choisi de mener des entretiens semi directifs auprès de différents professionnels. Les entretiens permettent d'accéder aux représentations et non aux pratiques⁴⁴. Il s'agit de faire en sorte que l'interlocuteur s'exprime le plus librement possible, et livre les informations les plus complètes et précises sur le sujet.

Le guide d'entretien présenté en annexe V comporte l'ensemble des points nécessaires à l'exploration de nos trois hypothèses. Nous avons adapté le guide

⁴³ Sous la direction de Barreyre J.Y, Bouquet B., Chantreau A., Lassus P. Dictionnaire critique d'action sociale, Collection travail social, Paris : Bayard Edition.1995.

⁴⁴ Albarello L. et Coll. *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris : Armand Collin, 1995. p 59 à 109

d'entretien aux différentes catégories de personnes interrogées, tout en balayant les mêmes thèmes.

La population interviewée

La valeur de l'échantillon est donnée par son adéquation aux objectifs de l'étude. Nous voulions un éclairage large. Nous avons ainsi interrogé à la fois les acteurs de la rééducation (deux personnes par profession), mais également les décideurs : un médecin chef de service en MPR, responsable d'un pôle rééducation, un Directeur des Soins Coordonnateur d'un pôle de formation aux métiers de rééducation, un Directeur des Soins Coordonnateur Général, un cadre supérieur de rééducation, enfin un cadre de proximité en charge d'une équipe de rééducation. Les onze personnes interrogées exercent, soit en CHU, soit en CHG.

La durée moyenne des entretiens a été de 45 minutes. Les entretiens enregistrés ont été retranscrits, en vue de leur traitement.

La méthode d'analyse des entretiens

L'analyse est faite à partir des cinq thèmes autour desquels notre guide d'entretien a été élaboré.

Thème 1 : Identification des différents acteurs de la rééducation

Thème 2 : Définition et identification des rôles et des missions de chacun

Thème 3 : Où réside pour les différents acteurs la spécificité de chaque métier

Thème 4 : Les zones de partage

Thème 5 : Evolution de ces métiers

Une première lecture de deux entretiens nous a permis de vérifier que ces thèmes se déclinaient en sous thèmes. Pour chaque thème, nous avons alors inclus dans notre grille d'analyse les sous thèmes définis dans la présentation de la méthode générale d'analyse du corpus. (p. 19)

2.2.2 Synthèse descriptive et analyse des résultats

Pour chaque thème, nous proposons une synthèse descriptive grâce à un tableau réunissant quelques phrases témoins extraites des entretiens, et sélectionnées pour leur représentativité (idée formulée à plusieurs reprises) et leur valeur informative ou de synthèse. Le signe ☞ les précède. Suite à chaque tableau, nous analysons les résultats au regard de notre problématique.

A) Thème 1 : Identification des différents acteurs de la rééducation

☞ *Chronologiquement, les kinés ont été les premiers et sont encore les plus nombreux*

☞ *De nouvelles professions sont apparues : ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, chacune arrivée avec des angles d'attaque différents*

☞ *On en est satisfait, ils viennent compléter le dispositif*

☞ *Ce qui fait que les kinés qui jusqu'à très récemment étaient les seuls sur le marché de la rééducation, se voient maintenant complétés dans leur fonction par les nouveaux professionnels qui arrivent. Je pense aux gens du sport, le sport adapté, les « APA » qui ont une place. Ils l'ont dès l'hôpital, ils l'ont pendant et après.*

A coté des personnels infirmiers, les acteurs investissant le champ de la réadaptation sont nombreux. Les masseurs kinésithérapeutes sont les plus anciens et présents en permanence dans les structures de réadaptation.

Les différentes personnes interrogées mettent en avant la présence récente et nécessaire des ergothérapeutes, encore en nombre réduit dans les équipes (☞ *dans le service MPR, l'ergothérapie c'est récent, depuis 95*). La présence d'orthophonistes souvent peu intégrées (☞ *électrons libres*) est notée essentiellement à temps partiel. Les psychomotriciens sont bien reconnus comme professionnels de rééducation, mais leur présence dans les équipes de rééducation est loin d'être systématique. Leur présence est effective pour la prise en charge de patients aux âges extrêmes de la vie.

Sont ensuite signalés comme partenaires de la réadaptation, les diététiciens, les techniciens d'insertion, les ergonomes chargés d'insertion professionnelle, le personnel du service social, les éducateurs, les animateurs, les techniciens d'orthèses, enfin les psychologues et neuropsychologues.

Dans le contexte actuel hospitalier de difficulté de recruter certains professionnels, notamment les masseurs-kinésithérapeutes, **un nouveau métier, initialement hors du champ de la santé et n'appartenant pas aux professions paramédicales réglementées apparaît.** Dans tous les entretiens, les professeurs d'activités physiques adaptées ou APA sont cités. Le management des équipes doit tenir compte de la présence effective, souhaitée ou redoutée de ces nouveaux acteurs dans le champ de la réadaptation. (☞ *Mr X. a annoncé que des APA viendraient suppléer le manque de kinés. Cela a été perçu comme cela, en tout cas moi, c'est ce que j'ai entendu dire, c'est ce qui est ressorti des réunions*). Dans le répertoire des métiers de la FPH, ces professionnels figurent sous le nom d'éducateurs sportifs, titulaires d'une maîtrise STAPS, option APA. Ils appartiennent à la sous-famille des métiers du sport dans le domaine fonctionnel du social, de l'éducatif et de la psychologie.

On retrouve ici dans le nombre et la diversité des différents acteurs la complexité qui caractérise le monde hospitalier, et la nécessité d'observer les changements, afin de penser le management des hommes qui construisent en permanence selon la terminologie de M. Croizier un « système d'action concret » contingent, en réponse aux problèmes rencontrés.

B) Thème 2: Définition des métiers et identification des rôles et des missions de chacun

Les professionnels interrogés ont rapporté leurs propres représentations sur les trois métiers.

Une identité professionnelle commune apparaît : ☞ « *chacun des rééducateurs est accroché à une fonction* ». Les rééducateurs interviennent bien dans le champ de la déficience d'une fonction ou d'une structure.

Si la santé n'est plus considérée uniquement comme l'absence de maladie et si le soin est l'action par laquelle on conserve ou on rétablit la santé, alors leur action s'inscrit dans le champ du soin, spécifié dans le répertoire des métiers pour les kinésithérapeutes comme **soin de rééducation**.

Les missions propres

Masseur kinésithérapeute	Ergothérapeute	Psychomotricien
<p>☞ <i>Il s'est vu confié une mission non délimitée très vaste, sur le mouvement, la gestion du mouvement, la conception du mouvement, la maîtrise du mouvement, la coordination du mouvement, etc</i></p> <p>☞ <i>Nous, on est plus dans la rééducation</i></p>	<p>☞ <i>Elles sont plus dans une adaptation au handicap</i></p> <p>☞ <i>Favoriser l'autonomie l'indépendance dans son milieu de vie</i></p> <p>☞ <i>L'ergo, c'est améliorer le bien être des personnes, la qualité de vie</i></p>	<p>☞ <i>Des professionnels qui sont à l'interface entre les psychologues et les rééducateurs</i></p> <p>☞ <i>Redonner confiance à la fois dans son corps, dans l'environnement, et dans l'articulation entre le corps et l'environnement</i></p> <p>☞ <i>Plus par rapport au ressenti du corps, faire ressentir au patient</i></p>

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes et les psychomotriciens, les représentations des professionnels, quelque soient leur fonction et leur grade, sont proches de celles mise en évidence par l'analyse des textes réglementaires, des textes présentant les métiers et des sommaires .

- pour les masseurs-kinésithérapeutes, rééducation et mouvement
- pour les psychomotriciens, corps et ressenti

Les missions des ergothérapeutes telles qu'elles apparaissent pour les personnes interviewées sont remarquablement stables : l'adaptation au handicap et la qualité de vie, le bien être par la recherche de l'autonomie

Les domaines scientifiques principaux et la formation suivie

- ☞ Masseurs-kinésithérapeutes : *anatomie, physiologie, pathologies, les kinés semblent plus pointus, c'est plus approfondi*
- ☞ Ergothérapeutes : *SNC, les ergos ont de bonnes connaissances dans tout ce qui est neuro
elles sont plus dans l'anatomie fonctionnelle
Il y a le côté administratif, aménagement du domicile*
- ☞ Psychomotriciens : *le développement psychomoteur oui, mais anatomie non
L'école est assez particulière, très accès sur la psychologie
On est considéré dans les sciences cognitives*

Pour l'ensemble des personnes, un masseur kinésithérapeute est un professionnel qui possède des connaissances approfondies en physiologie et anatomie. Les ergothérapeutes ont des connaissances administratives spécifiques permettant le retour à domicile. Le psychomotricien, conformément aux textes réglementaires, doit connaître le développement de l'enfant. Selon les écoles de psychomotricité, les sciences humaines et notamment la psychologie sont les sciences fondamentales enseignées aux futurs professionnels. Enfin, les sciences cognitives constituent un domaine scientifique nouveau, partagé entre ergothérapeutes, neuropsychologues et psychomotriciens.

L'ensemble des professionnels note l'impact que la formation a sur les pratiques professionnelles. Concernant le recrutement d'un ergothérapeute le cadre de rééducation : ☞ « *Là, j'ai fait attention à la provenance de l'école. L'école de Montpellier, les ergos rééduquent le membre supérieur. Les kinés n'ont pas à toucher le membre supérieur, je ne voulais pas de cela* »

L'apprentissage de techniques propres pose problème aux ergothérapeutes et aux psychomotriciens. Un ergothérapeute ☞ « *Bobath, pas vraiment en cours présenté comme une technique ni purement ergo ni purement kiné* »

Une psychomotricienne ☞ « *au niveau technique, on est tous d'accord, on est sorti les mains un peu vides. Ils nous ont donné peu d'outils* »

Les champs d'activités

Masseur-kinésithérapeute	Ergothérapeute	Psychomotricien
<ul style="list-style-type: none"> ☞ <i>Tout ce que l'on peut faire au niveau fonctionnel</i> ☞ <i>Entretien de la marche, travail de l'équilibre, mobilisations passives...</i> ☞ <i>On améliore le mouvement le geste après la fonction après les ressources, c'est l'endurance et on vise à corriger les choses et à un moment donné on ne peut pas tout corriger, alors on va convenir d'une compensation</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ <i>Mises en situation, AVQ et puis tout ce qui était attelle, aménagements, gestes utilitaires par le travail manuel, par le mouvement</i> ☞ <i>Elles font aussi beaucoup des choses de la préhension</i> ☞ <i>. Tout ce qui est passif elle le fait pas</i> ☞ <i>Nous, on va faire tout ce qui est la rééducation du membre supérieur plutôt</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ <i>Un travail d'observation, de sollicitations simples sollicitations tactiles auditives visuelles travail du toucher</i> ☞ <i>Massage relaxant</i> -☞ <i>Un bain que je qualifie de thérapeutique</i>

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, un nombre important d'activités a été restitué au cours des entretiens. Ceci est conforme au dispositif réglementaire. Au total l'ensemble des activités permet une prise en charge large, depuis le traitement de la déficience à la compensation des séquelles.

Ce sont des professionnels autres que les masseurs-kinésithérapeutes, qui évoquent le massage comme une activité possible s'il n'est pas thérapeutique : un psychomotricien ☞ « *massage relaxant* » ou encore une ergothérapeute ☞ « *moi aussi je mobilise, je masse, j'assouplis avant de mettre l'attelle* » Enfin, la relaxation apparaît dans le champ des psychomotriciens.

Les champs d'application professionnelle

Masseur kinésithérapeute	Ergothérapeute	Psychomotricien
<ul style="list-style-type: none"> ☞ <i>Une prise en charge en kiné classique</i> ☞ <i>Le kiné du point de vue du mouvement, de la fonction, de la capacité, vitesse, précision, équilibre, donc des grandes fonctions du corps</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ <i>L'ergo c'est le membre sup et l'environnement, intégration des difficultés d'un patient dans son environnement</i> ☞ <i>L'ergothérapeute travaille lui sur l'activité, sur la personne disons, et présente un impact sur la déficience</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ <i>L'interface entre le psycho et le moteur, entre le senti, le vécu et le réel</i> ☞ <i>L'éveil relationnel, les différents modes relationnels</i> ☞ <i>Le corps, l'espace, et le temps</i> ☞ <i>il peut intervenir de la maman enceinte jusqu'à la personne en train de mourir</i>

Les représentations sur les champs d'application sont en parfaite concordance avec les résultats antérieurs, issus des textes réglementaires, des textes de référence et des sommaires. Les représentations sont remarquablement stables.

De plus, le rôle de chacun est bien lisible, bien repéré, notamment par les patients

☞ « Je pense que les gens savent bien tirer partie de telle ou telle compétence, ou tel ou tel professionnel »

Les normes, les valeurs, les règles

Le terme identité professionnelle renvoie à toutes les normes, valeurs, règles qui constituent les règles de fonctionnement d'une profession à laquelle chaque membre de cette profession s'identifie en les faisant siennes.

Masseur-kinésithérapeute	Ergothérapeute	Psychomotricien
<p>☞ <i>Moi je n'ai pas envie de faire en groupe. C'est ma façon de voir ma profession</i></p> <p>☞ <i>On ne peut pas faire n'importe quoi, c'est de la rigueur par rapport à ce que l'on nous donne comme informations</i></p> <p>☞ <i>Guide et correcteur</i></p> <p>☞ <i>Avec les kinés on travaille</i></p>	<p>☞ <i>Elles sont très structurées comme professionnelles</i></p> <p>☞ <i>Nous, on a tout le temps une relation duelle, on prend un patient à chaque fois,</i></p> <p>☞ <i>Il faut prendre en charge les gens correctement</i></p>	<p>☞ <i>Des séances d'une heure en individuel</i></p> <p>☞ <i>Je veux une salle à moi sinon je ne peux pas travailler</i></p> <p>☞ <i>Il y a une relation de confiance qui doit s'installer, je prenais le temps de l'écouter</i></p> <p>☞ <i>Arriver à mettre en valeur, les soutenir dans ce qu'ils peuvent encore faire</i></p>

La règle est commune et acceptée : ces professions sont prescrites. L'ensemble des professionnels en font état. Le contenu de la prescription varie. Sont surtout notés les objectifs. Ceci correspond à un système de prescription ouverte, laissant place à une autonomie dans les choix thérapeutiques. Les jeunes professionnels le regrettent et souhaiteraient une définition plus précise des tâches. Pour les psychomotriciens, si la prescription est floue, c'est qu'ils pensent être méconnus du personnel médical.

☞ « Comment cela se passe avec les médecins ? Je vais les voir et je leur demande si il y a des personnes. Au départ je leur ai parlé un petit peu de la psychomotricité et des différents patients que je pourrais rencontrer ».

☞ « C'est marqué prise en charge en psychomotricité en général. Cela reste quand même assez flou ».

Les valeurs professionnelles sont fortes et partagées : rigueur, efficacité, mise en confiance, nécessité d'avoir des objectifs. ☞ « *Les kiné, ergos, psychomots ne travaillent pas sur le plaisir* » Les masseurs-kinésithérapeutes sont attachés au progrès à obtenir ☞ « *J'ai toujours des choses plus difficile à faire faire* ».

Pour ces professionnels de rééducation, la prise en charge individuelle est privilégiée, gage d'efficacité, permettant de « *soutenir* », « *valoriser* » le patient. Au sujet du travail en groupe : ☞ « *Parce que pas très rééducatif, c'est peut être personnel, cela fait un peu occupationnel* ».

Les psychomotriciens semblent particulièrement attachés à la prise en charge individuelle, en « *face à face* », dans une salle propre. L'efficacité recherchée par l'encadrement et les valeurs des professionnels peuvent entrer en conflit. ☞ « *Elle programmait une séance par semaine, des séances d'une heure en individuel* » et ☞ « *Le problème auquel on s'est heurté, c'est une prise en charge trop parcellaire parce que on a 160 patients en Long Séjour et sur l'ensemble des 160, elle en voyait 4 à 5* ».

Les masseurs-kinésithérapeutes sont perçus comme des bons techniciens maîtrisant peu le discours sur leur pratique, à l'inverse des ergothérapeutes et des psychomotriciens

☞ « *Les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas eu le temps ni la formation de s'interroger sur le sens, le pourquoi, le comment, sur les objectifs, sur l'évaluation du travail réalisé* ».

☞ « *Le kiné a la maîtrise du manuel et de l'oral beaucoup plus que l'écrit* ».

☞ « *Le kiné, il est pas dans l'être il est dans le faire. La technique perd la kiné, comme si on n'avait pas de concepts derrière* ».

C) Thème 3 : Où réside la spécificité de chaque métier pour les différents acteurs

La notion de cœur de métier :

Pour un individu, l'identité du métier c'est la définition de son métier principal, son métier de base. L'individu peut assurer différentes fonctions mais il existe un «noyau dur» responsable du sentiment d'appartenance au final à un groupement professionnel. Sur ce socle identitaire stable et permanent, se greffent différentes compétences particulières répondant à différentes fonctions assurées.

Intérêt de la démarche

Le questionnement sur la spécificité des métiers est diversement apprécié par le DSCG ☞ « *Il faut arrêter de faire du nombrilisme sur chaque profession* » et le CSS de rééducation ☞ « *Il est important que les professionnels identifient bien leur spécificité* ».

même si en apparence la spécificité ne saute pas aux yeux, parfois les actes sont quasiment identiques ».

Les professionnels soulignent l'intérêt de la démarche par ces mots : ☞ « qu'est ce que nous avons de complètement complémentaire car différent et qu'est ce que nous pouvons avoir en commun dans notre prise en charge ». Le Directeur des Soins responsable d'un pôle de formation remarque : ☞ « Les kinés qui étaient entourés à proximité d'autres professionnels étaient obligés de se construire des identités professionnelles beaucoup plus fortes, d'être au courant... ». C'est bien dans l'expérience de la confrontation avec autrui que se construit l'identité professionnelle.

Les professionnels semblent vouloir définir des contours précis à leur champ professionnel, tout en acceptant l'idée de se confronter aux autres champs. Se frotter aux limites de son propre métier, c'est toucher au métier de l'autre. Pour s'en protéger, on peut alors réduire son propre champ d'intervention ☞ « Ils évitent de se frotter aux limites de leur métier. S'ils se frottent aux limites de leur métier, ils touchent le métier de l'autre ». Dans son article⁴⁵, E. Dugué fait état d'une étude mettant en évidence que « les employés aspirent à une spécialisation et à un enracinement dans les savoirs techniques ». Les professionnels n'adhèrent pas forcément à l'idée d'élargissement de leur champ professionnel.

Le cœur de métier

Masseur kinésithérapeute	Ergothérapeute	Psychomotricien
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Une place technique au départ inévitable, incomparable ☞ Les spécialistes du mouvement ☞ La recherche et le traitement de la déficience voilà un rôle propre au kiné ☞ Sa rigueur dans la répétition d'un certain nombre de messages, de gestes ☞ En urgence, être là régulièrement plusieurs fois par jour ☞ Les kinés travaillent un peu plus de manière isolée ☞ J'avais un oeil plus 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Apprendre à la personne à faire avec ce qu'il lui reste ☞ La conduite du projet de vie, je ne pense pas que cela soit une compétence partagée, la conduite du projet de vie on est sur l'ergo ☞ Ergo, je prends en compte le désavantage et je vais surtout travailler les incapacités, mais en sachant qu'il y a aura un impact très fort sur les déficiences ☞ Les ergos sont complètement détachés de la technique et se centrent 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ L'articulation dans la cognition, la pensée, le vécu et le corps dans son ensemble ☞ Il y a une interaction entre le trouble cognitif ou corporel et l'état psychologique du patient et son histoire ☞ Etre beaucoup à l'écoute à la fois des mots et du langage corporel ☞ Le psychomotricien c'est le vécu en travaillant plus dans la relation, la perception, l'image du corps ☞ Il travaille sur l'être, une

⁴⁵ Dugué E., Maillebois M. « De la qualification à la compétence : sens et dangers d'un glissement sémantique » Education Permanente, 1994, n° 118, pp. 49

<i>correcteur</i>	<i>sur les activités</i> ☞ <i>Nous, on accompagne plus la perte d'une fonction, le deuil d'une fonction, d'une vie antérieure et on va essayer de recréer une nouvelle vie</i>	<i>dimension encore plus intime</i> ☞ <i>Ils vont trouver une espèce de langage commun, une articulation entre plusieurs patients ou entre plusieurs professionnels et plusieurs patients</i> ☞ <i>Avant, pendant et après on en parle</i>
-------------------	---	--

A la question sur quel « objet » travaillent les masseurs-kinésithérapeutes, les réponses sont : **la gestuelle, le mouvement, le corps, le soutien relationnel.**

A la question sur quel « objet » travaillent les ergothérapeutes, les réponses sont : **la personne dans sa vie quotidienne, une personne agissante ou interagissante, l'activité, l'autonomie, le bien être.**

A la question sur quel « objet » travaillent les psychomotriciens, les réponses sont : **le corps avec un grand C, le mal être, la souffrance, l'image du corps, l'image de soi, la revalorisation.**

Le médiateur utilisé pour les masseurs-kinésithérapeutes est la technique, pour l'ergothérapeute l'activité, enfin pour les psychomotriciens la parole.

En analysant l'ensemble des données sur les caractéristiques propres à ces professionnels, on peut résumer ainsi la perception de l'ensemble des personnes interrogées : c'est dans le processus thérapeutique que réside la différence entre masseurs-kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Le kinésithérapeute, en évaluant l'incapacité, cherche à identifier la déficience qui en est à l'origine, afin de la traiter grâce à l'utilisation de techniques, selon un mode opératoire d'interventions itératives et correctrices. L'ergothérapeute traite directement l'incapacité, recherchant l'adaptation afin de réduire le désavantage. L'action sur la déficience est réelle mais indirecte. C'est dans la reconnaissance de cette action sur la déficience que résident les tensions entre les masseurs kinésithérapeutes et certains ergothérapeutes, à la recherche de techniques permettant l'accès direct aux déficiences.

Les psychomotriciens sont perçus comme des professionnels procédant d'une démarche très différente, plus dans l'écoute et l'accompagnement que dans la rééducation, travaillant sur l'être, son vécu, et non pas sur le faire, travaillant sur les interactions et les interfaces entre corps et pensées, entre sujet et objet, entre patient et thérapeute.

D) Thème 4 : Les zones de partage

☞ « *Du vécu, du quotidien, il ne se passe pas de journée sans que l'on ne se pose la question où est la frontière* »
☞ « *L'action sur la déficience, c'est un point chaud* »
☞ « *Les ergos, je parle surtout d'elles parce que c'est vrai, c'est elles qui touchent un peu à tout* »

Pour l'ensemble des personnes interrogées, les zones de chevauchement existent forcément, sont connues et demandent à être contrôlées ☞ « *Il y a quelques années, un groupe de travail sur tous les aspects cognitifs de la rééducation a été réuni pour dire qui est ce qui s'occupe de quoi* » car ☞ « *C'est vrai que lorsqu' on y réfléchit, on peut tout lâcher à une autre profession. Sii on décortique tout, tout peut être laissé à d'autres professions* ».

Si la lisibilité du rôle de chacun pose parfois problème aux patients, cela apparaît plus liées à des défauts d'organisation du travail qu'à l'existence d'activités communes. Pour l'ensemble des professionnels, ces activités identiques ont un intérêt direct pour le patient. Elles permettent de faire plusieurs fois la même activité de rééducation ☞ « *C'est bien qu'ils en fassent pas dix minutes par jour pour apprendre. En faire 10 minutes avec nous et 10 minutes avec eux, c'est peut être pas idiot non plus* ». Toutes les personnes interrogées y voient le respect d'un principe, la globalité de la prise en charge du patient en MPR, confondant peut être organisation de la prise en charge et pluridisciplinarité.

Au travers des entretiens, masseur kinésithérapeutes et psychomotriciens semblent collaborer entre eux, n'hésitant pas à prendre en charge ensemble un même patient. On peut faire l'hypothèse que la complémentarité entre une approche technique et une approche centrée sur le vécu explique cette collaboration. Les ergothérapeutes semblent plus isolés dans leur rôle large mais bien défini.

Les zones de partage évoquées au cours des entretiens correspondent bien à nos résultats antérieurs. Par contre, un nouveau professionnel avec lequel les masseurs-kinésithérapeutes partagent la réadaptation à l'effort et la réadaptation du geste apparaît dans le champ des activités physiques adaptées. Le fait que certains actes soient partagés a un impact économique, car pour un résultat attendu identique, la qualification diffère et le mode d'avancement statutaire et de rémunération également.

MK et ergothérapeute	Education Prévention Action sur la déficience Incapacité Entretien de la marche, travail des transferts, de l'équilibre Attelles, choix de matériel, de FR Rééducation du membre supérieur Evaluation des fonctions cognitives Retour à domicile
Ergothérapeute et psychomotricien	Education Prévention Action sur la déficience Incapacité Le temps et l'espace Praxies Troubles du schéma corporel Troubles de la visuoconstruction Communication et mise en place d'un code de communication Evaluation des fonctions cognitives Travail de ressenti
MK et APA	Action sur la déficience Incapacité Renforcement musculaire Apprentissage du deux roues Réentraînement de l'effort au fauteuil
MK et Psychomotricien	Education Prévention Action sur la déficience Incapacité Syndromes de glissement et de régression psychomotrice Relaxation Massage Niveaux psychomoteurs en pédiatrie

Tableau des activités communes, telles qu'elles ont été rapportées au cours des entretiens

E) Thème 5 : Evolution de ces métiers

☞ « Il faut avoir une vision temporelle au niveau des métiers »

La démographie des professions de rééducation dans les établissements de santé change. Devant la difficulté de recruter des masseurs- kinésithérapeutes, les équipes sont recomposées autour des ergothérapeutes et psychomotriciens, associant les éducateurs en APA aux rééducateurs.

Les métiers évoluent rapidement. C'est une constatation partagée par l'ensemble des professionnels interrogés.

L'impact de la formation apparaît prépondérant dans cette évolution. ☞ « La formation détermine l'attitude professionnelle à venir ». Le lien interprofessionnel est travaillé au niveau de la formation, ouvrant les professionnels de la rééducation au travail en équipe. Le respect et la reconnaissance de la profession de l'autre est noté. Les

professionnels sont jugés plus rigoureux, engagés dans l'évaluation et se caractérisent par une plus grande maîtrise de l'écrit. ☞ « *Les kinés ont appris à écrire* ».

L'évolution va vers le partage d'activités, vers l'extension des champs professionnels.

☞ « *Avant le domicile c'était nous, maintenant les kinés sont formés* »

☞ « *L'ergo ose toucher le corps et agir sur les déficiences* »

☞ « *Les psychomotriciens se sont investis dans la gériatrie* »

☞ « *Les kinés osent le diagnostic qui n'est plus tabou* »

L'évolution va vers la nécessité d'adapter les savoirs et savoir-faire au contexte. Travailler hors du cadre de la salle de rééducation est souhaité.

☞ « *En gériatrie, je pense que toute la technicité que l'on a appris, on doit l'avoir dans un coin de sa tête mais pour la mettre en œuvre on est obligé d'apprendre autre chose et d'adapter. Il y a un problème d'adaptation au contexte* ».

L'évolution vient également de la nécessité de respecter les droits et la volonté des patients

☞ « *S'il ne veut pas venir, il ne vient pas, cela c'est pas facile à intégrer au départ pour les professionnels* »

2.3 LA SPECIFICITE NE RESIDE PAS DANS L'ACTIVITE QUI PEUT ETRE COMMUNE, MAIS DANS LES COMPETENCES MOBILISEES POUR REALISER L'ACTIVITE : OBSERVATION DIRECTE D'UNE SITUATION DE TRAVAIL

2.3.1 La démarche

Pour travailler sur cette hypothèse, nous avons sélectionné auprès d'une équipe de rééducation prenant en charge des patients présentant des déficiences d'origine neurologique, une tâche prescrite, réalisée par des professionnels appartenant à deux métiers différents. La tâche sélectionnée a été la verticalisation d'un patient en standing, par un masseur kinésithérapeute et un ergothérapeute.

La raison de ce choix : dans la mise en œuvre de la verticalisation en standing les savoir-faire procéduraux sont relativement stables. Nous avons ainsi plus facilement

accès aux représentations mobilisées par chaque professionnel, ce qui dans les entretiens est noté comme un « *regard différent* ».

2.3.2 Méthodologie

L'extraction des constituants des compétences mobilisées s'appuie sur l'analyse du document vidéo et d'entretiens d'explicitation⁴⁶ avec chaque professionnel, une semaine après la réalisation de l'activité. L'entretien doit permettre d'obtenir une description détaillée de l'activité réalisée, tout en laissant libre cours aux associations d'idées afin d'avoir accès à des informations non conscientes parce que automatisées, ou non élaborées. Des questions essentiellement descriptives comme « *Par quoi avez-vous commencé ?* » « *Comment avez-vous procédé ?* », « *Qu'avez-vous calculé pour ?* » ont été utilisées, pour permettre l'évocation de la tâche réelle.

L'objectif est d'accéder aux activités mentales mobilisées par les deux thérapeutes au cours de l'activité et de les comparer.

2.3.3 Méthode de traitement des données et résultats :

A. Une première étape a consisté à visionner le film pour **distinguer les différentes séquences ou sous activités** constituant l'activité « **Verticalisation** ». Compte tenu de l'aspect technique, le séquençage a été facilement repérable selon l'enchaînement temporel. Lors de l'exploitation des entretiens, il s'est révélé correspondre à l'organisation mentale suivie par chaque thérapeute.

Résultats : le schème principal « **Verticalisation** » peut être décomposé en sept sous-schémes

1 Organisation de la séance

2 Annonce à la personne

3 Position de la personne par rapport au fauteuil et le fauteuil par rapport au standing

4 Retrait de la ceinture de sécurité et mise de la sangle de manutention

5 Phase d'élévation : la mise debout

6 Maintien de la position debout

7 -Fin de la verticalisation

⁴⁶ Vermersch P. *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF éditeur, 1994, 182 p.

B. La deuxième étape a été, à partir de la retranscription complète des entretiens, **d'élaborer une grille d'analyse des constituants de la compétence** définie comme une certaine façon d'agir pour une classe de situations données. Ceci au regard de l'hypothèse 3. Pour cela nous avons à notre disposition les tableaux proposés dans le référentiel de compétences des Directeurs d'Ecoles Paramédicales⁴⁷ et un tableau présenté au cours d'un séminaire organisé par l'UIPARM en date du 05 février 2005 à Paris, sur la méthodologie d'élaboration des référentiels métiers. Notre participation s'est faite dans le cadre de ce mémoire. (Annexe n°VI). Notre objectif a été d'élaborer une grille simplifiée, rendant compte des opérations mentales effectivement réalisées. Plusieurs lectures ont été nécessaires, pour comparer les données au regard des différentes catégories et classifications présentées dans les tableaux.

Résultats : Compte tenu du matériel recueilli, nous avons retenu comme constituants de la compétence :

1 Les paramètres pris en compte et les **stratégies de mise en œuvre**

2 Les règles d'actions décrivant la mise en œuvre

3 Les buts poursuivis et les **anticipations** faites par le sujet en action

4 Les fondements de l'action, ce que G. Vergnaud appelle les invariants opératoires

La grille d'analyse ainsi constituée figure en annexe VII.

C. La troisième étape a consisté à analyser avec la grille chaque sous-schème, afin de classer et comparer les données recueillies auprès de chaque thérapeute. L'objectif est d'identifier si les deux thérapeutes mobilisent des concepts et des représentations différentes, constitutives de compétences spécifiques. Tout au long du traitement des données, l'objectif est de rester au niveau de l'observable, sans nous autoriser d'hypothèses interprétatives. Aussi nous avons relevé strictement les mots utilisés par les deux thérapeutes. Seules certaines périphrases ont été changées, par un mot de même sens. Pour présenter en tableaux les résultats, nous avons catégorisé par équivalence sémantique les mots utilisés.

Résultats :

1 les paramètres

⁴⁷ E.N.S.P. Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétence. Un exemple : le référentiel de compétences des directeurs d'Ecoles Paramédicales. Janvier 2002. 144 p

PARAMETRES COMMUNS	
Temps	
Espace	
Position du corps et position des segments (pieds, tête..)	
Comportement	
Réactions psychologiques affectives et intellectuelles (Eveil, conscience, participation, humeur, envie, compréhension)	
Contact et toucher	
Fatigue	
Habits et matières	
PARAMETRES SPECIFIQUES	
MASSEUR- KINESITHERAPEUTE	ERGOTHERAPEUTE
Réactions physiologiques (couleur-respiration)	Dépendance
Eléments de motricité. (mouvement, tonicité, déséquilibre, chute...)	Sollicitation
Peur	Sécurité
Douleur et déplaisir	Personne

Les paramètres communs qui déterminent les choix des règles d'action sont nombreux. Cela signifie que les informations extraites par les deux thérapeutes pour mettre en œuvre le schème sont très proches, traduisant des calculs en grande partie identiques. Ce résultat est à remarquer au regard de l'hypothèse 3.

Parmi les paramètres spécifiques, les fonctions physiologique et motrices sont prises en compte par le MK, alors que l'ergothérapeute évalue la dépendance de la personne et sa sécurité. Ceci est en parfaite cohérence avec nos résultats antérieurs.

2 Les stratégies

Les stratégies correspondent aux procédures choisies par le professionnel pour leur pertinence au regard des objectifs du schème. Elles relèvent de l'habileté professionnelle et ont été en grande partie construites par la pratique. Les stratégies correspondent à la fois aux savoir-faire opérationnels acquis en formation et aux savoir faire expérimentiels issus de l'action.

STRATEGIES COMMUNES
Aider et chercher de l'aide
S'ajuster ensemble
Placer la personne
Prendre le temps
Rechercher la facilité, le pratique (moins lourd, moins contraignant)
Utiliser la ceinture de manutention
Serrer suffisamment mais pas trop

STRATEGIES SPECIFIQUES	
MASSEUR- KINESITHERAPEUTE	ERGOTHERAPEUTE
<p><u>Stratégies propres au thérapeute</u></p> <p>Comparer</p> <p><u>Stratégies du thérapeute en direction du malade</u></p> <p>Mettre de la musique</p> <p>Un temps d'adaptation</p> <p>Préparer psychologiquement</p> <p>Prendre appui avec bras (prise d'appui des bras)</p>	<p><u>Stratégies propres au thérapeute</u></p> <p>Se rappeler possibilités</p> <p>Réfléchir</p> <p>Redire</p> <p>Indiquer (indication)</p> <p>(re)Vérifier</p> <p>Etre à 2 positions, deux endroits différents, se</p> <p>Déplacer</p> <p>Trouver l'endroit</p> <p>Ajuster position</p> <p><u>Stratégies du thérapeute en direction du malade</u></p> <p>Rassurer</p> <p>Stimuler</p> <p>Travailler</p> <p>Participer</p> <p>Chercher accord</p> <p>Donner des références</p> <p>Prendre contact (la parole -contact)</p> <p>Chercher le confort et l'absence de douleur (Douleur, Sans lui faire mal, inconfort, soit incommodant), temps de repos calme</p> <p>Refaire le mouvement</p> <p>Explorer l'environnement</p>

Le tableau met en évidence des stratégies nombreuses et diverses pour l'ergothérapeute. L'explicitation est moins aisée pour le masseur kinésithérapeute.

La mise à plat par l'explicitation montre une grande diversité des stratégies utilisées par les thérapeutes. Elles constituent un savoir expérientiel d'une grande richesse, qu'il semble opportun de faire partager, en terme de management des compétences professionnelles.

3 Les règles d'action

REGLES D'ACTION COMMUNES
<p>Organiser mentalement</p> <p>Préparer matériel</p> <p>Prévoir aide</p> <p>Annoncer, dire ce que l'on va faire</p> <p>Emmener le fauteuil près du standing</p> <p>Ajuster position du fauteuil par rapport au standing</p>

<p style="text-align: center;"> Avancer le dos Enlever la ceinture de sécurité Mettre la ceinture de manutention Ajuster la ceinture et serrer Placer les deux mains en avant sur la barre Parler en cours de réalisation Soulever Tenir solidement Verrouiller la position Vérifier l'installation et la position de la personne Rassurer Décider de la durée et rester Décider de la fin Enlever l'appui des fesses Aider à s'asseoir Enlever la ceinture de manutention Installer bien au fauteuil Mettre la ceinture de sécurité Ramener dans la chambre Dire au revoir </p>	
REGLES D'ACTION SPECIFIQUES	
MASSEUR KINESITHERAPEUTE	ERGOTHERAPEUTE
Laisser quelques minutes sans appui Mettre quelques papiers pour les crachats	

Les règles d'action mises en œuvre sont remarquablement identiques. L'aspect procédural du schème est conceptualisé de manière identique.

4 Les buts et les sous-buts

LES BUTS COMMUNS	
Conscience de soi, participation, attention Mémorisation, habitude, rappel, apprentissage Ergonomie, sécurité et prévention du déséquilibre Le mouvement, le positionnement, les appuis	
LES BUTS SPECIFIQUES	
MASSEUR KINESITHERAPEUTE	ERGOTHERAPEUTE
Autonomie Progression	Relation, Aide, réassurance Ressenti Stimulation

Les deux thérapeutes partagent de nombreux buts. Les objectifs spécifiques du MK sont plus accés sur la reprise fonctionnelle, alors que l'ergothérapeute privilégie l'aspect relationnel de soutien.

Le masseur kinésithérapeute explicite plus facilement les buts et les sous-buts que les stratégies suivies, à l'inverse de l'ergothérapeute. Ceci nous renvoie à la difficulté notée par nos interlocuteurs au cours des entretiens, de conceptualiser pour les masseurs-kinésithérapeutes. Les ergothérapeutes bénéficient en cours de formation d'un module de méthodologie. Ceci peut expliquer l'aisance à formuler les buts et les stratégies.

5 Les fondements de l'action

Les fondements sont les instruments de conceptualisation des situations de référence qui donnent lieu à la construction d'un schème. Ils sont activés lors de la réalisation du schème.

LES FONDEMENTS COMMUNS DE L'ACTION	
L'annonce est primordiale. C'est important d'expliquer Quand je me lève de la chaise, je prends appui quelque part, pour avoir un bon équilibre. Quand on n'a pas de force on utilise les mains et les jambes. Si les bras sont en appui ce sera plus facile. Cela lui donne de la liberté <i>ou encore</i> On a tous besoin de lumière, pour moi on va dire c'est la vitalité, c'est la vie Il est pertinent de ne pas mettre en face d'un mur.	
LES FONDEMENTS SPECIFIQUES DE L'ACTION	
MASSEUR KINESITHERAPEUTE	ERGOTHERAPEUTE
Il y a un rapport, les bras, c'est pour la tête et le corps aussi Il est pertinent de prendre du temps Il n'y a pas de règle pour finir la séance	Il faut stimuler pour travailler La personne, je pense a besoin de sécurité Je serai assez pour laisser la personne mettre les mains où elle veut un ¼ d'heure ce serait le minimum indispensable

Dans les fondements communs ; on trouve des éléments de l'ordre de la connaissance (*les appuis aident*), de l'ordre de la croyance (*c'est important d'expliquer*), de l'ordre des valeurs personnelles (*la liberté, c'est la vie*). Il est intéressant de noter qu'ils existent bien des fondements communs entre ces professionnels. Cette remarque nous renvoie aux entretiens : un masseur-kinésithérapeute ☞ « *Avec les ergothérapeutes c'est comme avec la psychomotricienne, on n'a pas besoin de s'expliquer, on est des rééducateurs* » ou encore ☞ « *On se comprend, on a le même regard* ».

Lorsque le masseur kinésithérapeute évoque les rapports segmentaires du corps, on est bien dans sa compétence spécifique.

2.4 QU'EN EST-IL DE NOS HYPOTHESES ? SYNTHÈSE DU RECUEIL D'INFORMATIONS

H 1 : Les zones de partages sont nombreuses. Pour autant le rôle de chacun est lisible.

Les champs professionnels sont caractérisés par de nombreux croisements des missions, des champs d'activités et de compétences, des caractéristiques et des valeurs. Permettre au patient d'interagir avec son environnement en prenant en charge les différents niveaux de dysfonctionnements génère « *forcément* » des zones de chevauchement. Pour autant chaque personne interrogée a une représentation du rôle spécifique de chacun, qui est lisible et facilement repérable. Les patients et leur famille « *s'y retrouvent* » également, malgré la multiplicité des acteurs rencontrés.

En terme de zones de partage, on note une grande cohérence entre ce qui est permis par les textes et ce qui est mis en oeuvre sur le terrain, traduisant là le caractère prescrit des exercices professionnels. Par contre la dimension managériale organisant la répartition des activités pour permettre une prise en charge efficiente et coordonnée manque. ☞ « *Les choses se sont mises en place comme cela, sans réelle concertation* »

De nouveaux professionnels apparaissent depuis peu mais clairement dans le champ de la réadaptation : les éducateurs sportifs, spécialisés en activités physiques adaptées. L'étude de terrain montre que ces professionnels sont perçus comme des acteurs réels ou potentiels de la réadaptation. « *La notion d'acteur implique que l'individu est toujours actif dans le sens où il influence la situation dans laquelle il se trouve* »⁴⁸. Le management des équipes de rééducation devra en tenir compte.

H 2: Les professionnels ont une représentation claire de la spécificité de leur métier, et du métier de l'« autre ».

Des problèmes identitaires existent mais ne se situent pas au même niveau. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, l'élaboration, la mise en mots de leur identité posent problème. Ils sont perçus comme étant plus dans l'action que dans la réflexion. Ils bénéficient d'une image très valorisée, maillons reconnus indispensables depuis longtemps dans la prise en charge des personnes handicapées.

Pour les psychomotriciens, le processus identitaire est en cours. L'analyse des sommaires illustre ce fait. Ce processus est fragile, au regard des deux autres professions. Certains professionnels ont le sentiment de devoir fournir la preuve de leur

⁴⁸ Gonnet F. *L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Paris : Editions Lamarre, 1992, p 343

utilité. ☞ « *Il faut être indulgent avec les psychomotriciens. On a parfois du mal à suivre le discours et pour autant, ce qui est dit ou ce qui est fait traduit bien une réalité* ».

Les ergothérapeutes quand à elles, semblent avoir une identité professionnelle forte et bien définie. Pour ces professionnels, si malaise il y a, il ne réside pas dans la définition de leurs missions, mais dans un défaut d'organisation et de mise en perspective managériale de leur activités et compétences.

H 3 : Notre travail ne peut pas répondre à l'étendue et à la complexité de l'hypothèse 3.

Il permet par contre d'établir la pertinence de la question posée, et d'expérimenter une façon d'explorer la compétence réelle, dans une perspective de management des compétences professionnelles.

L'exploration des constituants de la compétence permet de dessiner les contours de la spécificité professionnelle, **mais pour l'activité réalisée**. Dans notre exemple, « Verticalisation au standing », paramètres et objectifs sont globalement communs. Les stratégies diffèrent de façon remarquable. Enfin, les fondements sont diversement partagés. En terme de gestion des compétences, il y a matière pour l'encadrement, à développer des axes d'action pour maintenir et développer les compétences : **explicitier les paramètres et les buts, partager les stratégies mises en œuvre, s'enrichir mutuellement des fondements de l'action.**

Au final, le traitement des données fournies par les entretiens d'explicitation nous a permis d'identifier les différentes catégories mentales utilisées effectivement par les professionnels. Nous en avons conçu un outil pour mettre en perspective les compétences des professionnels de rééducation.

3 STRATEGIE ET PERSPECTIVES MANAGERIALES POUR LE DIRECTEUR DES SOINS, RESPONSABLE DES SOINS DE REEDUCATION

Il nous semblait opportun de réfléchir à une démarche compétence comme stratégie managériale. Les éléments recueillis au cours des entretiens nous ont conforté dans cette idée. Permettre à la fois la reconnaissance de chaque acteur à travers ses compétences spécifiques, et le dialogue autour des compétences partagées est un objectif pour nous, Directeur des Soins responsable de la qualité des soins de rééducation. Réfléchir à l'articulation entre compétences partagées et compétences spécifiques nous semble le préalable indispensable à la coopération entre tous les professionnels de rééducation.

☞ « *Ces chevauchements, tout le monde les tolérera d'autant mieux que tout le monde se connaît, et que tout le monde repère bien les finalités différentes de chaque acteur* ». Cette réflexion, véritable socle stratégique, doit permettre la prise en compte de logiques différentes mais complémentaires. Si les identités sont claires, bien spécifiques et reconnues, il devient alors possible de négocier des collaborations qui permettent à chacun de se réaliser⁴⁹. L'élaboration et la mise en œuvre des différents projets institutionnels, projets de pôle, projets de service, projets de soins qui mettent en œuvre une des missions fondamentales de l'hôpital, à savoir la « *prise en charge globale du patient* », n'échappent pas à cette problématique identitaire. La définition des champs de compétences est un enjeu de reconnaissance professionnelle.

Demander à l'encadrement d'accompagner la réflexion sur « qui fait quoi », et faire bénéficier l'ensemble de la collectivité des compétences de chacun, c'est au final favoriser la qualité de la prise en charge du patient.

3.1 STRATEGIE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS : LA REFERENTIALISATION DES COMPETENCES AU SEIN DES EQUIPES DE REEDUCATION

Un référentiel n'est qu'un « outil » au service de ceux qui ont pour mission de piloter un projet de management des emplois et des compétences. Ce n'est pas lui qui crée une dynamique de management, mais la démarche collective autour de son élaboration. Il est toujours construit pour un usage particulier. La démarche d'élaboration et son contenu dépendent des finalités recherchées.

Dans le cadre de notre travail, l'objectif général poursuivi est la professionnalité des agents, des novices aux expérimentés. Etre professionnel ne se résume pas à l'acquisition d'une somme de connaissances et d'expériences. **Un des axes de développement est la capacité à réfléchir sur sa pratique.**

3.1.1 Explicitation de la démarche : la référentialisation des compétences acquises par les différents acteurs en situation de travail

La démarche que nous proposons est une démarche de référentialisation des compétences. L'objectif n'est pas de construire un référentiel statique, élaboré une fois pour toutes. Mais plutôt d'initialiser un processus de réflexion autour des compétences, au

⁴⁹ Gonnet F. *L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail*
Paris : Editions Lamarre, 1992. p.41

sein d'un collectif de travail⁵⁰. C'est permettre la construction d'un savoir professionnel. Les expériences de chacun et les pratiques singulières sont réinvesties collectivement, pour être modélisées au sein d'une démarche de référentialisation.

L'objectif de l'outil proposé est de mettre en évidence les constituants de la compétence mobilisés lors de la mise en œuvre d'activités, repérées par les professionnels comme significatives de leur pratique, dans leur contexte hospitalier. En travaillant sur les liens entre les ressources, la mise en œuvre, les buts et les stratégies, la compétence réelle est appréhendée plus comme un processus que comme un état. Les référentiels qui explicitent selon la terminologie classique les savoirs, les savoir-faire opérationnels, les savoir-faire relationnels et les aptitudes, sont à considérer comme des référentiels de ressources⁵¹. En établissant des listes de savoirs, savoir-faire et savoir être, ils décrivent la compétence requise.

L'ensemble finalisé des fiches activité/compétence constituées à partir de la grille d'explicitation se propose de mettre en évidence **la compétence acquise** par les acteurs, par opposition à la compétence requise⁵².

La démarche est une démarche de conceptualisation où les acteurs sont invités à faire individuellement et collectivement un retour réflexif sur les combinaisons de ressources et les stratégies mises en œuvre au cours de l'activité. « *Un professionnel doit non seulement savoir faire ou savoir agir, mais être capable d'expliquer pourquoi et comment il s'y prend pour réussir* »⁵³. Les professionnels de rééducation sont de fait peu invités à expliciter leurs pratiques. Le CSS note au cours de l'entretien ☞ « *Lorsque les acteurs ne savent pas bien déjà s'exprimer en tant que professionnels, c'est difficile de repérer ces deux notions, de totalement différent et de complémentaire* ». Les pratiques des professionnels de rééducation sont méconnues. C'est le cas des psychomotriciens : ☞ en parlant des internes « *Le temps qu'ils comprennent comment je fonctionne, et ce que je peux faire, il y a des périodes de pénurie dans les services* ». Ou bien les professionnels ont le sentiment que leur pratique est assimilée à une simple mise en application de

⁵⁰ Roussel E. «Les référentiels professionnels cadre de santé : Quels usages pour gérer les compétences dans un système complexe » Mémoire de l'Ecole nationale de santé publique Filière Directeur des soins 2004

⁵¹ Le référentiel de ressources : <http://WWW.3ct.com/ridf/cedip/production/> en ligne/ fiche technique/ numéro 24

⁵² p 104 dans Le Boterf G. *Ingénierie et évaluation des compétences*. 4^{ième} édition. Paris : Editions d'organisation, 2002. 563 p.

⁵³ p 106 idem

techniques. Parole de masseur-kinésithérapeute : ☞ « *Ils nous cataloguent, c'est-à-dire que le kiné, c'est la marche* ».

Ces professions qui combinent savoir, savoir-faire et savoir-être ont besoin de transformer l'expérience vécue en expérience réfléchie.

L'action permet d'apprendre en faisant. L'action verbalisée décrivant « comment je m'y prends pour agir » permet d'acquérir des savoirs expérientiels et de formaliser des schèmes d'action. Le troisième niveau, celui qui est visé dans notre démarche, consiste à décrire « comment je m'y prends **pour savoir** comment je m'y prends »⁵⁴. Une réflexion au cours des entretiens d'explicitation : ☞ « *C'est intéressant, je ne savais pas que je pensais à tout cela* ». C'est une démarche de méta-cognition : « comprendre et se comprendre ».

Ce retour réflexif n'est pas spontané. Il suppose un outil qui permette la prise de distance et la formalisation.

3.1.2 Présentation de la grille permettant d'explicitier les différents composants de la compétence mobilisés au cours des activités et exemple d'une fiche activité / compétence

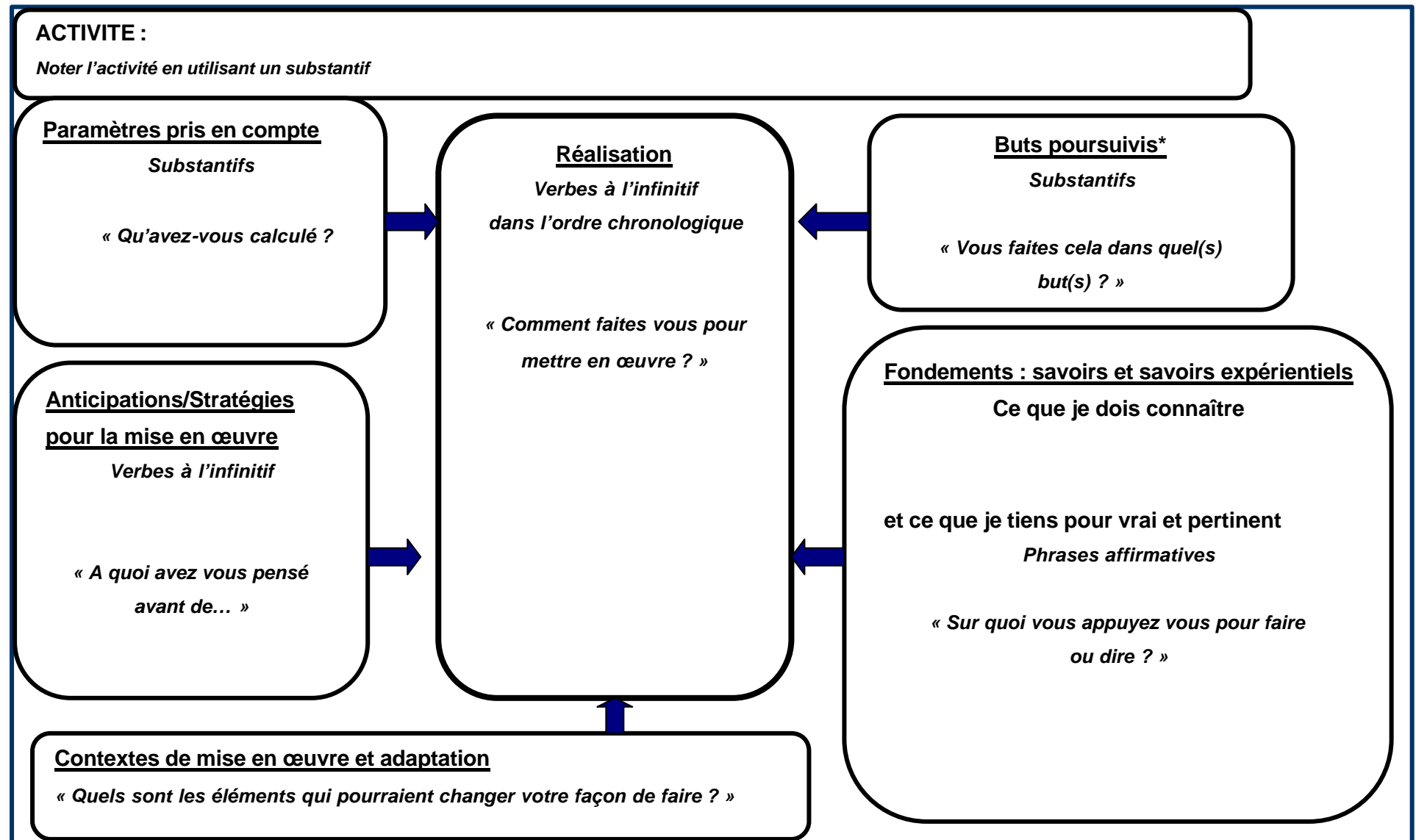
Nous présentons **la grille d'extraction** que nous avons construite au regard des catégories mobilisées par les professionnels et identifiées au cours du traitement des entretiens, concernant l'activité « Verticalisation au standing ».

A titre d'exemple, cette grille est ensuite présentée sous forme d'une **fiche remplie activité/compétence**.

Seuls les mots recueillis auprès des deux thérapeutes ont été utilisés. Les connaissances ont été ajoutées en caractères italiques, à titre d'exemple. En effet, les deux professionnels ne les ont pas explicitées.

La richesse du matériel recueilli montre l'intérêt en terme de professionnalité de l'approche cognitive de la compétence.

⁵⁴ p 109 *idem*



ACTIVITE :

VERTICALISATION au standing

Paramètres pris en compte

Temps
Espace
Personne
Position du corps et position des segments
Comportement
Fatigue Douleur Peur
Réactions psychologiques affectives et intellectuelles
Réactions physiologiques
Éléments de motricité (tonicité).
Contact et toucher
Habits et matières
Niveau de dépendance
Sécurité

Stratégies / Anticipations

Aider et chercher de l'aide
S'ajuster ensemble
Placer la personne
Prendre le temps
Rechercher la facilité, le côté pratique
Utiliser la ceinture de manutention
Serrer suffisamment mais pas trop
Faire prendre appui des membres supérieurs
Se rappeler possibilités motrices
Prendre contact préparer chercher accord
Rassurer, stimuler, travailler, participer
Donner des références
Chercher le confort et l'absence de douleur, repos et calme

Contextes de mise en œuvre et adaptation : salle de rééducation, ou chambre du patient

Choix du moment de la journée, avec ou sans sangle de manutention

Réalisation

Organiser mentalement
Préparer matériel
Prévoir aide
Annoncer, dire ce que l'on va faire
Emmener le fauteuil près du standing
Ajuster position du fauteuil par rapport au standing
Avancer le dos
Enlever la ceinture de sécurité
Mettre la ceinture de manutention
Ajuster la ceinture et serrer
Placer les deux mains en avant sur la barre
Parler en cours de réalisation
Soulever
Tenir solidement
Verrouiller la position
Vérifier l'installation et la position de la personne
Rassurer
Décider de la durée et rester
Décider de la fin
Enlever l'appui des fesses
Aider à s'asseoir
Enlever la ceinture de manutention
Installer bien au fauteuil
Mettre la ceinture de sécurité
Ramener dans la chambre
Dire au revoir

Buts poursuivis

Conscience de soi, participation, attention
Mémorisation, habitude, rappel, apprentissage
Ergonomie, sécurité et prévention du déséquilibre
Le mouvement, le positionnement, les appuis
Autonomie
Progression
Relation, Aide, réassurance
Ressenti
Stimulation

Fondements : savoirs et savoirs expérientiels

Ce que je dois connaître

*Anatomie, Biomécanique et kinésiologie : notion de masse, d'équilibre, d'amplitude articulaires, de raideur musculaire, polygone de sustentation
Pathologies médicales et chirurgicales
Indications et contre-indications de la verticalisation
Recommandations professionnelles*

Ce que je tiens pour vrai et pertinent

Il est pertinent d'annoncer
Il est pertinent d'expliquer
Il est pertinent de laisser la personne mettre les mains où elle veut
Il est pertinent de ne pas mettre en face d'un mur
Il est pertinent de prendre du temps
Il y a un rapport, les bras, c'est pour la tête et le corps aussi
Il n'y a pas de règle pour finir la séance ou un ¼ d'heure ce serait le minimum indispensable
Cela lui donne de la liberté ou encore On a tous besoin de lumière, pour moi on va dire c'est la vitalité, c'est la vie
Les appuis des mains donnent de l'équilibre et de la force
Il faut stimuler pour travailler
La personne, je pense a besoin de sécurité

3.1.3 La mise en œuvre de la démarche

A) La parole est nécessaire pour construire dans le temps la performance collective.

Pour sortir de l'expérience personnelle, il faut passer par une élaboration collective qui permet de généraliser et de valider⁵⁵.

La mise en place de groupes de parole pour l'analyse des pratiques est le support choisi de cette élaboration. Les représentations ainsi formées sont différentes des concepts fournis par les formations. Elles sont étroitement dépendantes du contexte, et largement orientées vers l'action et la réussite. Les groupes de paroles permettent l'interaction des participants, et développent le sentiment d'engagement mutuel dans un projet. De plus les groupes de paroles permettent par la mise en commun de bénéficier de la connaissance des experts. Les experts mobilisent plus rapidement les connaissances et les modèles construits par l'expérience qui mènent à la performance⁵⁶.

B) Le management du projet par la Direction des Soins se fait en direction des cadres

Le monde hospitalier en pleine mutation, à l'image de la plus part des structures publiques, modifie son approche de la gestion du personnel en intégrant à côté de l'approche statutaire, une approche métier centrée sur le contenu, c'est-à-dire les activités et compétences. Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière a été constitué pour permettre aux équipes de Direction des Soins et d'encadrement de prendre en compte cette approche dans la politique de l'emploi⁵⁷. Concernant ce répertoire métiers, « *Il ne s'agit en aucun cas d'un référentiel métiers tels qu'ils devront être élaborés dans le cadre de la VAE. Il n'est pas non plus une photographie exacte de toutes les situations de travail rencontrées et de tous les métiers exercés dans tous les établissements de la FPH...* ». Son appropriation par l'encadrement est le préalable nécessaire à la conduite du projet proposé.

⁵⁵ Teulier R. *Construire ensemble des connaissances pour nourrir les compétences*. Soins cadres, Février 2002, n°41, p.26

⁵⁶ Van Der Heijden BarbierG *La compétence, sa nature et son développement*. Education Permanente n°141/ 1999-4. pp 117-135

⁵⁷ Barthes R. *Le répertoire des métiers, une aide à la décision pour chacun d'entre nous* . Soins Cadres. Août 2004, n°51, pp. 21-24

C) La démarche a des limites : le respect de chacun doit être garanti.

Pour les acteurs la démarche est exigeante et ne peut être imposée. « *Les discours d'expériences doivent être considérés avec précautions* »⁵⁸. L'expérience est singulière, et la mise en commun du vécu expérientiel livre en public quelque chose d'intime. La maîtrise de cette dimension nécessite un accompagnement de l'encadrement et des équipes qui adhèrent à la démarche. La Direction des Soins avec l'encadrement garantit le cadre institutionnel dans lequel la démarche s'inscrit, en proposant l'accompagnement de cette mise en mots de l'expérience par des personnes qualifiées. Elle en définit les objectifs : une référentialisation des compétences et non un discours informel, source de tensions. Elle en prépare les contours en intégrant à la réflexion une autre « réalité » du travail : les normes réglementaires, les normes professionnelles, les recommandations de « bonnes pratiques ». Enfin, les enjeux sont clairement définis : une exigence gestionnaire des compétences, pour un service rendu de qualité auprès des patients.

3.2 PERSPECTIVES MANAGERIALES POUR LE DIRECTEUR DES SOINS

3.2.1 Une matrice des activités et des compétences

La constitution d'une matrice des activités et des compétences internes à l'établissement est proposée. Le principe général d'une matrice a été présenté au cours du séminaire UIPARM auquel nous avons participé. La démarche nous a semblé particulièrement pertinente, au regard de notre problématique de départ et en terme de perspectives managériales. Cette matrice permettrait de formaliser le spécifique et le commun entre plusieurs métiers d'une même famille. Le tableau présenté ci après permet d'en comprendre le principe :

- ✓ Horizontalement, les différents métiers, M1,M2,M3 concernés par la question des activités et compétences communes et spécifiques.
- ✓ Verticalement, les activités avec les fiches activité / compétence telles que les acteurs les ont identifiées et explicitées à l'aide de la grille proposée.

⁵⁸ Astier P. « *Expériences : formations et développement des compétences* ». Séminaire – IRA . Octobre 2003, p.72

Dans l'exemple proposé, l'activité A1 est pratiquée par les trois métiers. Elle est donc partagée. Il est alors intéressant de comparer les constituants de la compétence mobilisés par les différents professionnels.

L'activité A5 est spécifique du métier 2 et l'activité A2 du métier 1.

Métiers	Activité 1	Activité 2	Activité 3	Activité 4	Activité 5	Activité
M1	Fiche M1, A1	Fiche M1, A2		Fiche M1, A4	
M2	Fiche M2, A1		Fiche M2, A3	Fiche M2, A4	Fiche M2, A5
M2	Fiche M3, A1		Fiche M3, A3	Fiche M3, A4		

3.2.2 Pour la Direction des Soins et l'encadrement, la lecture horizontale intra professionnelle des fiches activités/compétences élaborées par chaque groupe professionnel permet :

- ✓ d'assurer un recrutement de qualité en définissant les profils de candidature autour des compétences attendues, au regard des compétences explicitées par le collectif de travail et validée par l'encadrement.
- ✓ de mettre en place un tutorat des jeunes professionnels qui ne s'appuie pas exclusivement sur un apport supplémentaire de connaissances disciplinaires, mais qui met en place un parcours professionnalisant au sein de l'établissement et une échelle d'évaluation des compétences nouvellement acquises au regard des besoins des situations de travail rencontrées.
- ✓ de prévenir l'inadéquation des professionnels aux postes proposés, au cours de leur carrière professionnelle.
- ✓ de favoriser la mobilité interne à l'établissement en identifiant les principales activités/compétences mises en œuvre dans le contexte propre à l'établissement
- ✓ de s'assurer de la maîtrise opérationnelle de ces activités en mettant en place une échelle d'évaluation.
- ✓ d'aider à la définition des parcours professionnels des agents
- ✓ d'identifier les besoins en formation continue sur les plans qualitatifs (quels besoins ?) et quantitatifs (pour quel professionnel ?).

- ✓ d'ajuster le type de formation aux besoins identifiés : formation-action ; diplôme universitaire, session de formation inter établissements, ...

3.2.3 Pour la Direction des soins et l'encadrement, la lecture verticale interprofessionnelle favorise

- ✓ la communication et le dialogue entre professionnels par la reconnaissance des zones de chevauchement, des activités partagées.
- ✓ le transfert dans le cadre réglementaire des compétences professionnelles. Les zones de chevauchement entre professions travaillant dans des domaines voisins peuvent être considérées comme des zones de compétences transférables entre individus. La lecture verticale des compétences mises en oeuvre par les professionnels des métiers concernés permet par la mise en commun, de favoriser la performance, dans la polyvalence et la complémentarité. Il s'agit d'éviter que les champs d'expériences et d'expérimentations de chacun ne deviennent trop restrictifs. Si le champ d'action habituel devient trop restreint, les professionnels perdent la capacité d'entreprendre et de répondre de façon adéquate aux différentes situations. Dans le domaine du handicap, chaque situation est unique et demande de la part de tous, innovation et adaptation.
- ✓ l'organisation des soins et la composition des équipes par la complémentarité des rôles reconnue au sein de l'institution. L'objectif est de permettre à l'encadrement de négocier les collaborations entre professionnels.
- ✓ L'accompagnement des projets professionnels autour de la reconnaissance des acquis, au sein de l'établissement.

CONCLUSION

La délimitation des rôles n'est pas toujours aisée au sein des équipes pluridisciplinaires. La question des relations entre professionnels de rééducation est peu abordée. Les enjeux identitaires sont forts autour des champs d'activités et de compétences. Notre travail a exploré les représentations liées à chaque exercice professionnel. Les zones de partage existent, sont inévitables et demandent à être pensées et organisées. Pour autant les rôles apparaissent clairs, spécifiques et complémentaires. Lors d'activités communes, les acteurs combinent leurs ressources propres. Certaines de ces ressources sont identiques, alors que d'autres diffèrent. La formation joue un rôle prépondérant dans la détermination des ressources mobilisées par les professionnels.

Les pratiques se construisent et s'enrichissent au cours de l'exercice professionnel. Agir avec compétence c'est pouvoir reproduire plusieurs fois une même pratique, pertinente pour un certain type de situations. Aujourd'hui, nombre de postes requièrent davantage d'intelligence, de combinaisons conceptuelles, de savoirs abstraits. Pour le manager, l'important est de garantir et renforcer la compétence de l'individu tout au long de sa carrière. La compétence se développe en permanence avec l'expérience. L'environnement professionnel doit permettre l'échange pour favoriser le développement continu des compétences. La position « métacognitive » apportée sous une forme ou une autre par l'analyse des pratiques professionnelles est un facteur de changement. Une des missions de la Direction des Soins est de mettre en perspective les compétences professionnelles des différents acteurs, au regard des exigences de qualité, de sécurité et d'efficacité. Dans le cadre de ce travail nous avons proposé une démarche compétence et un outil d'analyse des constituants de la compétence. Nous proposons aux équipes d'encadrement et aux professionnels de rééducation d'utiliser cet outil comme préalable à l'évaluation des pratiques professionnelles. Cette utilisation permettra la validation de l'outil.

Alors, compétences partagées ou partage des compétences ? Ouvrir clairement le champ de la réadaptation aux masseurs-kinésithérapeutes, permettre l'acquisition de techniques aux ergothérapeutes et psychomotriciens, enfin aider les psychomotriciens à affirmer la spécificité de leur regard sont autant d'hypothèses à travailler avec l'encadrement et les professionnels. La référentialisation proposée des activités et des compétences doit permettre à la Direction des Soins d'organiser les conditions de l'échange et de la complémentarité entre les professionnels de rééducation.

Bibliographie

OUVRAGES

Albarello L. et Coll. *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris : Armand Collin, 1995. p 59 à 109.

Bernoux P. *La sociologie des organisation, initiation*. Paris : Editions du Seuil, 1985. 382 p.

Dubar C., Tripier P., *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin, 1998. 250 p.

Flück C., Le Brun, Choquet C. *Développer les emplois et les compétences : une démarche, des outils*. Paris : Insep Editions, 1992. 236 p

Gonnet F. *L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail* Paris : Editions Lamarre, 1992. 268 p

Hesben W. *La réadaptation : du concept au soin*. Paris : Editions Lamarre, 1994. 208 p.

Levy-Leboyer C. *La gestion des compétences*. Paris : Les éditions d'organisation, 1996. 165 p.

Leplat J. *Regards sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris : Editions PUF, 1997. 263 p.

Leplat J. *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse : Editions Octares, 2000. 164 p

Livian YF. *Introduction à l'analyse des organisations*. 2^{ième} édition. Paris : Editions Economica, 2000. 107 p.

Le Boterf G. *Ingénierie et évaluation des compétences*. 4^{ième} édition. Paris : Editions d'organisation, 2002. 563 p.

Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. 3^{ième} édition, Paris : Editions d'organisation, 2004. 244 p.

Mucchielli R. *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris : ESF Editeur, 1998. 216p.

Néré J.J. *Démarche compétences et pratiques managériales : une approche nouvelle*. Paris : Editions Demos, 2005.189 p.

Vermersch P. *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF Editeur, 1994. 182 p.

Zarifian Ph. *Le modèle de la compétence*. Paris : Editions Liaisons, 2001. 114 p.

ARTICLES

Astier P. *Expériences : formations et développement des compétences*. Séminaire – IRA Octobre 2003, pp.69-74

Barthes R., Autuori M.T. *La compétence au coeur des organisations*. Cahier de gestions hospitalières, Février 1999, n° 152, pp 112-116

Barthes R. *Le répertoire des métiers, une aide à la décision pour chacun d'entre nous*. Soins Cadres, Août 2004, n°51, pp. 21-24

Boulangier Y.- L et coll. *Rééducation, réadaptation et interdisciplinarité*. EMC kinésithérapie 26-006-D-10, Editions Elsevier, 2004, pp. 1-5

Dugué E., Maillebois M. *De la qualification à la compétence : sens et dangers d'un glissement sémantique*. Education Permanente, 1994, n° 118, pp. 43-49

Hébrard P. *Questions autour de la définition de la validation et du transfert des compétences*. Soins Cadres, août 2004, N° 51, pp 62-66

Le Boterf G. *De quel concept de compétence avons-nous besoin ?* Soins Cadres, n°41, Février 2002, pp 20-22

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

Mazevet D., Pradat-Diehl P. *La médecine physique et de réadaptation, changement de terminologie et nouvelles techniques*. Neurologies, Avril 2003, Vol 6, pp 206-207

Roche J. *La dialectique qualification - compétence : état de la question*. Education permanente, 1999-4, n°141, pp.39-53

Teulier R. *Construire ensemble des connaissances pour nourrir les compétences*. Soins Cadres, Février 2002, n°41, pp. 23-26

Van Der Heijden, BarbierG. *La compétence, sa nature et son développement*. Education Permanente, n°141/ 1999-4, pp 117-135

Vergnaud G. *La théorie des champs conceptuels*. Recherche en Didactique des Mathématiques, 1990, 10, 2/3, pp 133-170

Wittorski R. *La professionnalisation de l'expérience* Séminaire IRA octobre 2003 pp 31-45

RAPPORTS ET DOSSIERS

Dossier : *L'analyse des pratiques*. Education permanente, n°160, Septembre 2004, p 21-154

Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Rennes, Editions E.N.S.P., 2004, 435 p

E.N.S.P. *Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétence. Un exemple : le référentiel de compétences des directeurs d'Ecoles Paramédicales*. Janvier 2002. 144 p

Matillon Y. *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles*. Rapport de mission, Août 2003, 94 p.

Rémy C et coll., Unités de coordination en soins de suite et de réadaptation Rhône-Alpes.
Un nouveau regard sur l'organisation des SSR, des concepts à la pratique.
Site éditeur : ANMSR (association nationale des médecins spécialistes en rééducation)
Brochure, format pdf, 34 pages)

THESES ET MEMOIRES

Lachmann-Dages S. et Lucas V. *Méthode pour l'élaboration d'un référentiel de métier de masseur-kinésithérapeute. Recensement des activités. Extraction des compétences.*
Mémoire pour le DESS Evaluation et interventions Psychologiques : Université Rennes 2,
1999. 75 p

Roussel E. *Les référentiels professionnels cadre de santé : Quels usages pour gérer les compétences dans un système complexe* » Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Filière Directeur des Soins, 2004. 65 p

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Code de la Santé Publique. *Textes, commentaires, jurisprudence, conseils pratiques, bibliographie.* Sous la direction de F. Dreifuss-Netter, Editions du Juris-Classeur, Paris 2005

Code de la santé publique. *Code de la famille et de l'aide sociale. Edition permanente*
Editions Tissot, p 432.101 BP à 433.401 BG.

SITES INTERNET

Le "Guide d'accès aux emplois de la Fonction Publique Hospitalière", réalisé par l' ANFH,
70 fiches correspondant aux 70 corps existant actuellement.

http://www.anfh.asso.fr/agents_hospitaliers/guide_fph/guidedefhpres.php?idc=2&idp=5

Présentation des métiers de santé par la DHOS

http://www.sante.gouv.fr/rubrique_emplois_et_concours

Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME)

<http://rome.anpe.net/candidat/index.php>

Référentiel de compétence diététicien. Site éditeur ADLF, le 25/06/2004, p1/7
http://www.adlf.org/formation/referentiel_comptences_dietecien.pdf

Concernant la refonte du Code de Santé Publique

http://www.snup.fr/Actualites%20Professionnelles/Code_sante_publique_modifications.htm

Concernant les référentiels : Le référentiel de ressources :

http://WWW.3ct.com/ridf/cedip/production/en_ligne/fiche_technique/numero_24

DICTIONNAIRES

Sous la direction de Barreyre J.Y, Bouquet B., Chantreau A., Lassus P. Dictionnaire critique d'action sociale, Collection travail social, Paris : Bayard Edition.1995.

Bellenger L. et Pigallet P. « Dictionnaire de la formation et du développement personnel » Paris : ESF. 1996

Cornu G. Vocabulaire juridique. 7^{ième} édition, Paris : PUF.Juillet 1998

Ferréol G., Cauche P., Duprez JM, Gadrey N., Simon M. Dictionnaire de sociologie. Paris : Armand Colin. 1997

Gresle F., Panoff M, Perrin M, Trpier P Dictionnaire des sciences humaines Anthropologie/sociologie. 2^{ième} édition Paris Nathan

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Les constats : du cœur de métier aux zones de frottement

Annexe II : Le Code de Santé Publique

Annexe III : Analyse des documents présentant les professions : tableau des occurrences des mots sélectionnés

Annexe IV : Analyse des documents présentant les professions : les zones partagées, les niveaux et leur étendue

Annexe V : Guide d'entretien et grille d'analyse

Annexe VI : Tableau présentant les constituants de la compétence selon G. Vergnaud : un exemple d'activité, la conduite d'une automobile

Annexe VII : Grille d'analyse des constituants de la compétence

Annexe I : Les constats : du cœur des métiers aux zones de frottement

La construction de l'identité professionnelle de chacun semble passer par la recherche de frontières.

La délimitation de domaines spécifiques d'application et de champs d'activités propres résulte en partie du caractère prescrit de ces professions. La prescription médicale quantitative et qualitative acte de fait l'appartenance de certains actes thérapeutiques à une catégorie professionnelle.

Les professionnels mettent souvent en place, de façon implicite, une répartition des prises en charge, développant des compétences spécifiques. Ceci conduit à la fois à un cloisonnement entre les différents champs d'activités professionnelles mais également le développement de compétences spécifiques dans un domaine, induisant une spécialisation. Ainsi, dans certains centres de réadaptation, la rééducation de la sensibilité est assurée exclusivement par les ergothérapeutes alors que les masseurs-kinésithérapeutes rééduquent le mouvement, la motricité. Ou bien encore, la rééducation des membres supérieurs revient aux ergothérapeutes assurant la réadaptation de la fonction de préhension. Les masseurs-kinésithérapeutes assurent alors celles des membres inférieurs et de la fonction de déambulation. Cette répartition s'opère souvent avec le temps, indépendamment de tout aspect réglementaire. De fait, en terme d'organisation du travail, elle traduit souvent un mode tacite de résolution de tensions entre ces différents professionnels de rééducation.

Ces efforts de spécification prennent également la forme de débats juridiques. Les organisations professionnelles et syndicales se font les garantes de la propriété des champs et des activités professionnelles, interpellant les autorités. Ainsi le Conseil d'état saisi par le Syndicat National des Masseurs-kinésithérapeutes lors de la parution du décret relatif aux actes professionnels des psychomotriciens, réaffirme le 19 mai 1983 l'exclusivité du massage et de la gymnastique médicale réservés aux seuls MK⁵⁹. Les techniques que le décret qualifie de techniques d'«expression corporelle» ou d'«approche corporelle» n'autorisent en rien les psychomotriciens à pratiquer des actes de soin ayant les mêmes finalités et la même nature que les actes de massage ou de gymnastique médicale.

⁵⁹ Code de la santé publique *textes, commentaires, jurisprudence, conseils pratiques, bibliographie* Sous la direction de F. Dreifuss-Netter, Editions du Juris-Classeur Paris 2005

Autre exemple⁶⁰: le décret du 5 septembre 1989 modifiant le décret du 29 mars 1963 relatifs aux études et épreuves du diplôme d'état de Masseur kinésithérapeute a fait l'objet d'un recours du Syndicat National d'Union des Psychomotriciens qui voyait dans l'inclusion d'un enseignement de psychologie et psychosociologie la possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes d'élargir leur champ de compétences, au détriment de celui des psychomotriciens. Les exemples sont nombreux.

Une autre façon de délimiter pour une profession ses propres champs est de développer des domaines d'expertise professionnelle, établissant ainsi l'appartenance d'activités à une profession qui en a développées tous les savoirs et savoir-faire. Ainsi personne actuellement ne viendrait contester aux masseurs-kinésithérapeutes leur expertise professionnelle dans la prise en charge des bronchiolites du nourrisson. Le champ des actes respiratoires « appartient » aux kinésithérapeutes qui développent des connaissances expertes.

Enfin, ces trois professions développent la recherche sur les pratiques professionnelles. Pour les ergothérapeutes et psychomotriciens, la recherche porte sur les concepts, alors que les masseurs-kinésithérapeutes évaluent la validité des techniques utilisées. C'est à terme pour une profession, un moyen d'affirmer l'appartenance d'une pratique à son propre champ, en se donnant les moyens d'en démontrer la pertinence dans l'exercice de ses missions.

1.2.2 Pour autant, les zones de partage existent.

La délimitation des rôles et des compétences de chacun n'est pas toujours aisée. La complémentarité des formations initiales et certains domaines d'application partagés favorisent les glissements entre ces métiers.

On note l'existence d'un chevauchement de certaines interventions entre professions paramédicales. Ainsi, psychomotriciens et kinésithérapeutes développent des activités similaires, lors de la prise en charge des retards psychomoteurs du nourrisson ou des syndromes de régression psychomotrice chez les personnes âgées. Ergothérapeutes et kinésithérapeutes partagent le champ de la rééducation des troubles de l'équilibre et des transferts de position. Les exemples sont nombreux.

Des passerelles au niveau des formations initiales existent, impliquant la reconnaissance de capacités et savoirs communs. Il est en effet possible après l'obtention d'un diplôme d'état d'ergothérapie ou de psychomotricité d'intégrer la formation en masso

⁶⁰ Code de la santé publique *textes, commentaires, jurisprudence, conseils pratiques, bibliographie* Sous la direction de F. Dreifuss-Netter, Editions du Juris-Classeur Paris 2005

kinésithérapie en deuxième année, sous réserve de réussite à l'examen de passage en seconde année.⁶¹ J'ai pu pour ma part expérimenter la faisabilité du passage de psychomotricienne à masseur kinésithérapeute.

Enfin, actuellement, au regard d'une similitude des missions, les équipes de Direction sont parfois amenées, faute de candidats dans une profession déterminée, à embaucher d'autres professionnels. Adaptant le profil de poste, elles induisent à terme une modification des pratiques au sein de l'organisation. C'est bien sur le terrain que les pratiques professionnelles évoluent et s'interpénètrent.

⁶¹ Décret du 29 mars 1963 modifié relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

Annexe II : Le Code de Santé Publique

Ces trois professions sont inscrites au Code de Santé Publique.

Le Code de Santé Publique classe les professions de santé en deux catégories : les professions médicales et les auxiliaires médicaux. Les textes relatifs à ces professions se trouvent dans la quatrième partie du C.S.P. (partie IV : professions de santé). Les professions médicales comportent les médecins, les chirurgiens dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes (profession médicale à responsabilité limitée).

Onze professions auxiliaires médicales regroupent les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les pédicures podologues, les ergothérapeutes et psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs en électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens lunetiers, enfin les diététiciens. L'ensemble de ces professions participe à la préservation de la santé, au maintien ou au recouvrement de la santé, au côté des professions médicales et notamment les médecins. Huit d'entre elles sur les onze inscrites au Code de la Santé bénéficient d'un décret relatif à leur exercice. L'existence d'un tel décret encadre et protège l'exercice professionnel. Seuls les opticiens lunetiers, les audioprothésistes et les diététiciens ne possèdent pas ce décret.

Le décret n° 2004- 802 du 29 juillet 2004 paru au JO le 8 Août 2004 relatif aux parties IV et V du code de santé publique a permis, dans un souci d'harmonisation, de synthèse et de simplification d'intégrer un ensemble de textes de référence sur les formations et les professions qui existaient sous forme de décrets et d'ordonnances successifs. Pour autant, il n'a pas été l'occasion de redéfinir les actes professionnels autorisés.

On trouve pour chaque profession une structuration type avec l'intitulé de la profession, les actes professionnels, les personnes autorisées à exercer et les règles professionnelles. Le livre III du CSP est consacré aux onze auxiliaires médicaux. Le titre 2 rassemble les textes législatifs relatif aux professions de masseur kinésithérapeute et pédicure podologue, le titre 3 aux ergothérapeutes et psychomotriciens.

Annexe III : Analyse des documents présentant les professions : tableau des occurrences des mots sélectionnés

o	Masseur-kinésithérapeute	Ergothérapeute	psychomotricien
7		Personne (individu)	Troubles (difficultés perturbation) psychomoteurs et psy.....
6			Rééducation
5	Capacités (+/- fonctionnelles)	Traitement	Prescription médicale (réglementaire)
4	Rééducation Prévention Maintien Récupération	(in)Capacités (ré) adaptation Handicap Actes Déficiences Psychique Intégration (réinsertion)	
3	Altération Actes	Travail Environnement Autonomie Techniques Fonctions	Actes/activités Fonctions Corps Soins (traitement)
2	Manuel Instrumental Techniques Soins Traitement Suppléance Prescription médicale	Troubles Résiduel Rééducation Maintien Récupérer Tous les ages Intellectuelles Psychique Somatique	Personnes Ages de la vie
1	Fonction organique (muscle, articulation Corps Mouvement Réadaptation Dépistage Diagnostic Recherche Esthétique Domaine sportif	Prescription médicale Patient Intellectuelle Sociale Acquérir Prévention Solliciter Conseiller Examiner Dépistage Diagnostic	Patient Techniques Bilan des capacités Individuelles Collectives Souffrir Neuromoteur Mouvement Geste Bégaiement

	Thalassothérapie Physiothérapie Remise en forme Bien-être Relaxation Massage Gymnastique Caractéristiques psychologiques Caractéristiques sociales, Caractéristiques économiques Caractéristiques culturelles Personnalité Tous les âges de la vie Décret	Recherche	Tic orientation comportement mieux être Jeux Relaxation Stimulation sensorielle Prévention Dépistage, Diagnostic Recherche Informations
--	--	------------------	--

Annexe IV : Analyse des documents présentant les professions : les zones partagées, les niveaux et leur étendue apparaissent surlignées dans le tableau constitué à partir des mots clefs.

	MASSEUR- KINESITHEPEUTE	ERGOTHERAPEUTE	PSYCHOMOTRICIEN
Domaine scientifique principal	Sciences médicales de la santé	Sciences médicales de la santé et sciences humaines	Sciences médicales de la santé et sciences humaines
Sciences propres : objet propre de connaissance	Les capacités fonctionnelles et le mouvement	Les déficiences (dysfonctionnements), incapacités et handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle de la personne	Les troubles des fonctions psychiques, psychologiques et motrices associées
Champs d'activités	Activités de rééducation et de réadaptation Entretien, Bilans de capacités et Diagnostic Prévention Dépistage Recherche	Traitement et activités de réadaptation et de réinsertion Examen diagnostique Conseil Prévention Dépistage et Recherche	activités de rééducation et traitement des troubles psychomoteurs et activités de stimulation sensorielle Bilan des capacités et diagnostic Prévention Dépistage et Recherche
Champs d'application professionnelle	Fonctions organiques (motricité) à tous les ages de la vie Remise en forme et esthétique du corps bien-être domaine sportif	situation d'activités et de travail dans l'environnement à tous les ages de la vie fonctions cognitives	Comportement à tous les ages de la vie Mieux être
Actes et techniques	Techniques manuelles et instrumentales massothérapie, Physiothérapie Gymnastique Thalassothérapie Physiothérapie, Balnéothérapie, Hydrothérapie Relaxation Apprentissage des postures conseils d'hygiène	Techniques manuelles de base : menuiserie, imprimerie, poterie, tissage... communication Jeux Informatique Electronique Aménagement du mobilier, , habillement, Hygiène	Expression corporelle Jeux Relaxation

Annexe V : Guide d'entretien et grille d'analyse

Objectif final : Comment le professionnel se perçoit et comment il se sent perçu par les autres.

Thème 1 : Identification des différents acteurs de la rééducation

Type de question : quels professionnels constituent une équipe de rééducation ? Avec qui travaillez-vous ?...

Thème 2: Définition des métiers et identification des rôles et des missions de chacun

Type de question : Pouvez vous préciser le rôle que vous attribuez à chacun des professionnels que vous avez cités ?...

Sous thèmes possibles

- ✓ Définition de la profession considérée
- ✓ Domaine scientifique principal et domaine des sciences propres qui la différencie des autres professions de rééducation
- ✓ Champs d'activités
- ✓ Champs d'application professionnelle
- ✓ Normes, valeurs, règles

Thème 3: Où réside pour les différents acteurs la spécificité de chaque métier

Type de question : À l'inverse, qu'est ce qui les différencie les uns des autres ? Qu'elle est la spécificité de cette profession ?

Sous thèmes possibles :

- domaine des sciences propres qui la différencie des autres professions de rééducation
- caractéristiques propres....

Thème 4 : Les zones de partage

Type de question : Existe-il d'après vous des activités qu'ils partagent ? Des domaines où ils interviennent de la même façon ?...

Sous thèmes possibles :

- Quantification de ces zones de partage
- Qualification de ces zones de partage

- Lisibilité du rôle propre

Thème 5 : L'évolution de ces métiers

Type de question : Avez-vous noté une évolution dans les pratiques professionnelles pour chacun des métiers ?

Sous thèmes possibles

- Si oui, cela concerne-il les champs d'exercice ?
- Les actes effectués ?
- Les comportements et attitudes des professionnels ?
- Les valeurs professionnelles ?
- Le rôle de la formation

Annexe VI : Les constituants de la compétence : un exemple d'activité : la conduite automobile

FINALITE		REALISATION	ETAYAGE		
BUTS	TRACES	OPERATIONS	FONDEMENTS	STRATEGIES	CONCEPTS
Pourquoi, dans quel(s) but(s) ?	A quoi peut-on juger de la réussite de cette activité ?	Comment l'activité est-elle mise en oeuvre ?	Sur quoi cette activité est-elle fondée ?	Quels sont les principes stratégiques qu'il est pertinent d'utiliser ?	Quels concepts sont utiles, voire indispensables pour « penser » cette activité ?
<i>Définir les principaux buts et attentes en termes de résultats produits grâce à cette activité</i> (UTILISER UN SUBSTANTIF)	<i>Lister les principaux éléments observables sur lesquels il est possible d'évaluer la réussite de l'activité</i> (UTILISER UN SUBSTANTIF)	<i>Définir les principales actions (ou opérations de pensée) permettant de réaliser concrètement cette activité</i> (UTILISER VERBES A L'INFINITIF)	<i>Décrire l'essentiel de ce qu'il faut tenir pour vrai (connaissances, valeurs, théories, principes, ...)</i> <i>pour réaliser cette activité</i>	<i>Décrire l'essentiel de ce qu'il faut tenir pour pertinent pour réaliser au mieux cette activité</i> (FAIRE DES PHRASES AFFIRMATIVES)	<i>Lister les termes (concepts) les plus pertinents à associer à la réalisation de cette activité</i>
<ul style="list-style-type: none"> > Déplacements relativement longs > Transport de passagers et de charges diverses > Gain de temps > Plaisir > 	<ul style="list-style-type: none"> * Absence d'accidents * Absence de procès verbaux * Commentaires positifs des passagers * Absence de manifestations négatives des autres (piétons, automobilistes, ...) * 	<ul style="list-style-type: none"> * Choisir un itinéraire * Charger le véhicule * Démarrer le moteur * Prendre des informations sur l'espace environnant * Signaler ses manœuvres * Rouler (peut être détaillé ailleurs) * Ajuster sa vitesse * Respecter les règles du code de la route * Anticiper les événements * 	<ul style="list-style-type: none"> * Connaissance et respect du code de la route * Connaissance et respect des règles de sécurité * Le freinage ne produit pas l'arrêt immédiat * L'alcool altère les réflexes * La majorité des accidents se produisent sur les trajets familiers * L'heure d'arrivée est moins importante que la sécurité * 	<ul style="list-style-type: none"> * L'anticipation est déterminante * Il est pertinent de garder ses distances * Il est pertinent de préparer son itinéraire avant le départ * Il est pertinent de toujours savoir ce qu'il se passe derrière son véhicule * 	<ul style="list-style-type: none"> déplacement, véhicule (et ensemble des composants impliqués dans l'activité), distance, vitesse, inertie, force centrifuge, panneaux de signalisation, sécurité, maîtrise du véhicule, anticipation, prudence, visibilité, ...

Annexe VII : Grille d'analyse des constituants de la compétence

<p>Activité –schème principal : Verticalisation</p>	<p>Schème élémentaire : substantif : Ce qui est fait</p>
<p>Les inférences :</p> <p>Paramètres pris en compte, calculs, et stratégies, anticipations pour déclencher la réalisation « A quoi avez vous pensé avant de... »</p>	<p>Paramètres : substantifs</p> <p>Stratégies/anticipations : verbes à l'infinitif</p>
<p>La mise en œuvre du schème :</p> <p>Principales actions (ou opérations de pensées) permettant la réalisation : Automatismes, savoirs procéduraux, les opérations mentales « Comment faites vous pour mettre en œuvre ? »</p>	<p>Verbes à l'infinitif</p>
<p>Buts – Sous buts « Vous faites cela dans quel but ? »</p>	<p>Substantif</p>
<p>Les fondements de l'action ou les invariants opératoires :</p> <p>« Sur quoi vous appuyez vous pour faire ou dire...? »</p> <p>1 Théorèmes en actes Ce que le sujet tient pour vrai</p> <p>2 Concepts en actes Ce que le sujet tient pour pertinent</p>	<p>Phrases affirmatives</p>