



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2023-2024

**Transition professionnelle des nouveaux
diplômés ergothérapeutes en France : quel rôle
de la supervision dans la construction du
sentiment de compétence ?**

Exploration dans le milieu sanitaire

Soutenu par : Aurélie LIOGIER

12109335

Tuteur de mémoire : Jean-François BODIN



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

Pr. FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LESCURE Caroline

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

IBANEZ Amandine et LESCURE Caroline

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine



Remerciements

Ce mémoire marque le début d'un nouveau professionnel. C'est pour moi l'occasion de remercier tous ceux qui ont contribué à cette première et importante étape :

Mr Jean-François Bodin, mon tuteur de mémoire, pour sa flexibilité dans son accompagnement.

Les ergothérapeutes qui ont accepté d'apporter leurs témoignages.

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ISTR, dirigée par Mme Sabine Lionnard-Rety, pour leur engagement dans l'évolution de la formation.

Les ergothérapeutes Anne, Véronique, Marité, Véronique, Marie-Paule, Yoann, Emma, Cyril, Léa, Amphélise, Louise, Marion, Justine et Louise, pour leur juste tutorat.

Enfin ma famille, mes proches, mes étoiles, pour leur soutien indéfectible.

Table des matières

Table des illustrations	3
Liste des abréviations	4
Glossaire	5
Introduction	6
Partie théorique	7
1. <i>Le contexte en France</i>	7
1.1. Démographie des nouveaux diplômés ergothérapeutes et de leurs pairs	7
1.2. La transition professionnelle : à quoi ressemble le premier emploi ?	8
1.3. Le milieu sanitaire français	10
2. <i>La transition</i>	12
2.1. L'apport méthodologique du Modèle de l'Occupation Humaine de G. Kielhofner	12
2.2. Définir le « Devenir ergothérapeute »	15
2.3. Comprendre le devenir ergothérapeute et son « choc de réalité »	16
3. <i>La supervision : une notion polysémique</i>	22
3.1. La supervision contemporaine, une forme de tutorat ?	22
3.2. La supervision en pratique	24
4. <i>Problématique & objectifs de recherche</i>	29
Partie recherche	30
1. <i>Méthodologie de recherche</i>	30
1.1. Objectifs de l'étude	30
1.2. Devis de l'étude	30
1.3. Recrutement et sélection des participants	31
1.4. Analyse des résultats	31
1.5. Aspects éthiques	32
2. <i>Résultats</i>	32
2.1. Profil des interviewés	32
2.2. Les caractéristiques de l'emploi facilitant la transition	33
2.3. Le premier emploi	34
2.4. Le vécu de la transition	35

2.5. Les facilitateurs à la prise de poste	39
Discussion.....	42
1. Comparaisons à la revue de littérature	42
1.1. Sur le contexte	42
1.2. Sur le « Devenir ergothérapeute ».....	42
1.3. Sur les facilitateurs.....	43
2. Limites et biais de l'étude	44
Conclusion	45
Bibliographie.....	46
Table des annexes	54

Table des illustrations

Figure 1	Modélisation de la dynamique du Devenir selon le M.O.H.....	14
----------	---	----

Liste des abréviations

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ARS : Agence Régionale de Santé

CDD : Contrat à Durée Déterminée

Céreq : Centre d'études et de recherches sur les qualifications

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

DGT : Direction Générale du Travail

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de la Santé

EHPAD. : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

IFE Institut de Formation en Ergothérapie

INSEE :

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité au travail

SIFEF : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie

SMR / SSR : Soins Médicaux et de Réadaptation (Ex SSR Soins de Suite et de Réadaptation)

UNAEE : Union Nationale des Associations des Etudiants en Ergothérapie

Glossaire

Client : terminologie anglo-saxonne utilisée en santé pour désigner le destinataire du soin (patient, usager)

Introduction

En France, ils seront encore cette année environ un millier à rejoindre la famille des ergothérapeutes. Agés d'environ 22 ans, ils ont obtenu un diplôme d'état qui atteste de leurs compétences et de leur autonomie (*SIFEF*, s. d.). Ils vont exercer leur premier emploi majoritairement dans le milieu sanitaire au sein de centres de rééducation, d'EHPAD, d'hôpitaux. Cette transition vers la vie professionnelle signifie également le passage d'un exercice sous l'encadrement d'un tuteur de stage à une pratique autonome avec les responsabilités y incombant. Dans un contexte où l'actualité se fait écho des maux du personnel soignant, nous pouvons légitimement nous interroger sur la façon dont ce premier pas dans la vie active se déroule.

La littérature comme les différentes instances françaises de la profession (UNAEE, ANFE, SIFEF...) ne nous donnent pas de piste. A l'international, le thème est exploré depuis la fin des années 90 et deux thématiques ressortent. La première est l'existence d'une période initiale éprouvante pour le novice ergothérapeute, un « choc de réalité ». La seconde est la nécessité d'une supervision par un pair expérimenté pour faciliter cette période. La question de la mise en œuvre de cette supervision est détaillée pour les structures avec des équipes d'ergothérapeutes mais peu documentée pour les autres terrains de pratique.

En France, la probabilité qu'un novice exerce pour son premier emploi en tant qu'unique ergothérapeute d'une structure est très forte. Dans ce cas, comment la supervision peut-elle être réalisée ?

Ce mémoire a pour objectif de réaliser une première exploration de la question en France. Pour la réaliser, nous avons suivi une démarche en deux temps. Un premier temps de revue de littérature qui nous permet d'établir le contexte de cette transition en France, d'identifier les difficultés des ergothérapeutes novices et de définir la supervision et ses effets attendus. Un second temps de recherche exploratoire réalisée par des entretiens semi-dirigés de jeunes praticiens en France. Nous avons pour cette première exploration du sujet exclu les pratiques en libéral et en psychiatrie qui sont à la fois encore minoritaires chez les novices et comportent aux vues de la littérature des spécificités intrinsèques.

Partie théorique

1. Le contexte en France

Avec cette première partie, nous allons apporter des éléments pour contextualiser cette transition professionnelle en France avec des données sur le profil des jeunes diplômés ergothérapeutes et sur leur premier emploi.

1.1. Démographie des nouveaux diplômés ergothérapeutes et de leurs pairs

L'ergothérapie est une profession de santé intégrée au corps des rééducateurs. Ces derniers connaissent depuis les années 2000 une croissance très forte de leurs effectifs (DREES, 2020; INSEE, 2006). L'ergothérapie dont l'effectif a plus que triplé passant d'environ 4000 en 2000 à 14900 en 2023 (DREES, 2024a) est la profession qui a connu la plus forte croissance (cf. Annexe 1). Son développement a été soutenu par des programmes de santé publique notamment en lien avec le vieillissement de la population (DREES, 2014). Entre autres, le plan Alzheimer de 2008-2012 reconnaît ainsi l'expertise de la profession et fait du développement des effectifs l'une des mesures de sa mise en œuvre (CNSA, 2008 *Note : Une partie des mesures proposées sont inspirées du programme COTID développé par l'ergothérapeute hollandaise Maud GRAFF. Le programme vise à favoriser le maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et s'appuie sur une intervention en ergothérapie*). C'est dans ce contexte que se créent de nouveaux Instituts de Formations en Ergothérapie. Au nombre de 8 en 2008 ils sont aujourd'hui 27 avec une capacité annuelle de formation de 1077 étudiants (SIFEF, 2024). Ces étudiants proviennent majoritairement, 74 % en 2017, de formations postbac préparatoires ou de première année de médecine (dernières données disponibles (DREES, 2024b)). Les personnes ayant déjà exercé une activité professionnelle sont minoritaires avec 5 % des effectifs en 2022. Avec l'élargissement des modalités d'accès aux IFE à la rentrée 2021, les premiers néo bacheliers apparaissent et forment 42% des effectifs en 2022. Les nouveaux diplômés sont donc majoritairement des jeunes, qui ont entre 21 et 22 ans, si on se base sur leur parcours, et sans expérience professionnelle en dehors d'éventuels petits boulots ou contributions à la vie associative.

La forte augmentation des effectifs associée à leur jeunesse expliquent le rajeunissement de la population qui est la plus jeune de tous les paramédicaux : l'âge moyen est passé en 10 ans de 37,2 ans à 36,6 ans en 2022 (cf. Annexe 2). Cette donnée démographique questionne la possibilité que les profils expérimentés soient suffisants pour faciliter la transition professionnelle des plus jeunes.

D'autre part, la profession d'ergothérapeute est relativement récente en France, son officialisation par la création d'un Diplôme d'Etat (D.E.) a eu lieu qu'en 1970. Elle a été traversée depuis cette date par plusieurs paradigmes qui ont modelé son identité professionnelle. A partir des années 2000, émerge l'ergothérapie contemporaine qui sous-tend la réforme du D.E. en 2010 (Morel-Bracq et al., 2021). Ces changements se traduisent sur le terrain par des différences dans la pratique au sein des ergothérapeutes actifs. Si une supervision est possible, ces différences peuvent complexifier les échanges entre les différentes générations de praticiens.

1.2. La transition professionnelle : à quoi ressemble le premier emploi ?

Nous ne disposons pas de données précises et actualisées sur le premier emploi des jeunes diplômés ergothérapeutes. Nous pouvons esquisser ou extrapoler des grandes lignes en croisant plusieurs sources. Compte tenu des éléments apportés précédemment, nous avons centré nos analyses sur la classe d'âge des moins de 25 ans, agrégat utilisé par la statistique nationale.

Tout d'abord sur le devenir à l'issue de la formation, la majorité des jeunes diplômés semblent exercer directement et entrent par la même occasion dans la vie active. Les actifs de moins de 25 ans (environ deux promotions en posant un âge moyen d'obtention du diplôme à 22 ans) représentent l'équivalent de 1,4 promotions de diplômés en 2022 soit environ 70% d'une promotion (cf. annexe 3). Pour les 30% restants, on peut faire l'hypothèse d'une poursuite d'études, de chômage ou d'abandon mais sans aucun élément pour l'étayer. Concernant les lieux d'exercice à la sortie, il n'existe pas de différence entre les jeunes praticiens et leurs aînés. Ils exercent majoritairement, 69 % d'entre eux en 2022, en tant que salarié dans le secteur sanitaire (hôpitaux, cliniques) et les EHPAD. L'enquête ANFE-CATEL (2014), auprès de ses adhérents, apporte la précision que les SSR et EHPAD

représentent 40% des lieux d'exercice (*Note : Le nombre de répondants, 3759, représentent environ 40 % de la population active des ergothérapeutes dénombrée dans le répertoire ADELI. Le résultat donné par les auteurs ne précise pas s'ils considèrent uniquement l'activité principale déclarée ou toutes les activités déclarées pondérées au temps de travail*). La part du sanitaire et des EHPAD diminue progressivement depuis une dizaine d'années au profit de l'exercice en cabinet libéral qui atteint en 2022, 17 % des effectifs (cf. annexe 4). Ces chiffres sont tous issus d'agrégats du répertoire ADELI qui considère une activité principale par professionnel. Ainsi, pour tous les professionnels ayant plusieurs activités, seule celle qui occupe le plus de temps est prise en compte. Ce manque de précision ne remet pas en cause selon nous les tendances de fond mais peut masquer la réalité des jeunes diplômés.

En effet, en 2013, 60 % des nouveaux diplômés ergothérapeutes ont au moins 2 employeurs dans l'année (DREES, 2020). Ceci s'explique principalement par le type de contrats de travail, à 62% en CDD. Au bout de trois ans d'activité, la part du CDD se réduit à 12%. Ce recours au CDD est partagé avec les autres professionnels paramédicaux. Tous diplômes confondus, les diplômés à Bac+2/3/4 en santé social sont ceux qui exercent le plus en CDD en début de carrière : en 2017, 67 % en CDD contre une moyenne à 45% pour les autres professions (Céreq, 2010, 2017, 2022 *Note : Bac+2/3/4 en santé social recouvre : Infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, manipulateurs en électroradiologie, ergothérapeutes, psychomotriciens, sages-femmes, puéricultrices ; Conseillers en économie sociale et familiale, assistants de service social, éducateurs de jeunes enfants, éducateurs spécialisés*). Le phénomène s'est même amplifié sur les dernières années : le CDD représentait pour ces professions 52 % des premiers contrats d'embauche en 2007, 60 % en 2013 et atteint 67 % en 2017. Le taux de temps partiel reste quant à lui relativement stable autour de 15% mais ne nous disposons pas d'information détaillée pour les ergothérapeutes. Ces données interrogent sur les effets possibles de cette précarité sur la transition professionnelle : est-ce un levier d'apprentissage par la variété des expériences induites ? A l'inverse, génère-t-elle des exigences trop importantes d'ajustements constants, accentuant voire allongeant le choc initial de la transition ?

Enfin, si nous prenons l'exemple de la région Auvergne Rhône Alpes qui figure parmi les mieux dotée en ergothérapeutes (cf. Annexe 5), l'analyse des données ADELI montre que dans 70 % des structures, uniquement un seul ergothérapeute exerce (cf. Annexe 6).

En synthèse, la transition professionnelle du jeune ergothérapeute se réalise généralement immédiatement après l'obtention du diplôme, par plusieurs emplois en CDD et principalement dans le secteur sanitaire. Cela évoque une transition réalisée par opportunité, suivant les demandes de remplacement de salariés en congé ou malades. Aux vues de la densité actuelle des ergothérapeutes en France, on peut émettre également l'hypothèse que lors de cette transition le jeune ergothérapeute est souvent le seul au sein de sa structure d'accueil.

1.3. Le milieu sanitaire français

Nous concluons cette partie avec le contexte du travail en France et un zoom sur le milieu sanitaire qui représente le lieu de pratique principal avec les EHPAD. Depuis les « crises » du système de santé, la littérature sur l'écologie du travail en santé est pléthorique mais reste très centrée sur l'hôpital. L'analyse des situations de travail des rééducateurs, catégorie des ergothérapeutes, y est anecdotique aux regards de celles des infirmiers, aides-soignants qui représentent les effectifs les plus importants. A titre d'illustration, en SSR, spécialité de la rééducation, les rééducateurs ne représentent en 2020 que 0,1 ETP par lit contre 0,7 ETP par lit pour les aides-soignants et infirmiers (DREES, 2022). Malgré tout, quatre faits saillants des organisations semblent impacter l'ensemble des professionnels.

Le premier est l'accélération des rythmes de travail résultante d'un faisceau de causes interdépendantes : rationalisation des effectifs, manque de personnel formé, baisse des capacités d'accueil hospitalières, organisation des soins en ambulatoire. A titre d'illustration, et avec les données statistiques disponibles, on constate que le ratio du personnel soignant non médical (*catégorie de la statistique nationale qui contient les rééducateurs et exclut infirmiers et aides-soignants*) en hospitalisation complète ou partielle pour 1000 habitants a baissé de 9 % en 6 ans (Cf. Annexe 7). Cette évolution semble paradoxale aux regards des besoins de santé croissants associés à une population vieillissante et suggère que les praticiens suivent un plus grand nombre de personnes sur la même durée d'exercice.

Le deuxième fait est l'accroissement du temps administratif que celui-ci soit dans un objectif gestionnaire comme la cotation d'actes dans le cadre de la tarification à l'activité ou dans un objectif de suivi associé plus ou moins fortement à une exigence de traçabilité.

Le troisième trait est l'impact des avancées médicales associées à la composante technologique. Ces évolutions ont entraîné une spécialisation qui traverse l'organisation des systèmes de soin et les pratiques des professionnels de santé. Dans la hiérarchie des réponses de soin, le milieu sanitaire représente le niveau le plus élevé de spécialisation et de technicité. A titre d'illustration pour les rééducateurs, la dernière recommandation de l'HAS sur la rééducation post-AVC répertorie pour la seule fonction motrice pas moins de 27 techniques (2012).

Enfin le dernier trait est « l'injonction d'autonomie » (Thébault, 2013, p. 59) faite aux salariés. La dimension relationnelle du soin induit naturellement du flou dans la définition du travail laissant ainsi une certaine autonomie aux soignants quant à leurs actions. Ce niveau d'autonomie s'est trouvé accentué par l'instabilité des organisations causée par la succession des réformes organisationnelles, la rotation des effectifs, le manque de temps de coordination et d'encadrement.

Ceci donne une photographie du milieu sanitaire dans lequel la majorité des jeunes diplômés ergothérapeutes vont débiter leur carrière : un milieu complexe, mouvant et exigeant efficacité et autonomie.

Avec cette première partie, nous avons décrit le contexte français de la transition professionnelle des nouveaux diplômés en ergothérapie. Ces derniers sont tout d'abord des praticiens très jeunes qui rentrent dans la vie active directement après leur diplôme. Leur premier emploi est marqué par la précarité et l'exercice dans le milieu sanitaire avec son lot de complexité (rythme de travail intense, organisation floue et instable). La proximité de pairs dans cet environnement ne ressort pas comme une évidence compte tenu de la faible densité de la population des ergothérapeutes au sein des structures. Le contexte étant posé, nous allons dans la partie suivante tenter de mieux comprendre le phénomène de la transition en lui-même.

2. La transition

Cette seconde partie va s'attacher à cerner la notion de transition professionnelle en ergothérapie : à quoi renvoie-t-elle ? Comment se déroule-t-elle ? Notre objectif est de mieux appréhender le phénomène afin de pouvoir dans la partie suivante y situer le rôle de la supervision. Après avoir présenté notre méthodologie et les ressources utilisées, nous en définirons la notion pour ensuite expliciter les dynamiques qui s'y jouent.

2.1. L'apport méthodologique du Modèle de l'Occupation Humaine de G. Kielhofner

Après plusieurs recherches, nous avons constaté la quasi-absence de littérature sur le thème dans le contexte français. Les ressources existantes sont majoritairement anglo-saxonnes et analysent les résultats d'études qualitatives sur le vécu de jeunes ergothérapeutes. Malgré leur faible représentativité, leurs conclusions convergent sur beaucoup de points mais ces derniers restent globalement présentés comme un ensemble de faits, peu articulés entre eux. L'appréhension du phénomène « devenir ergothérapeute » est alors difficile et se limite à une description peu significative. Nous avons donc choisi d'utiliser le Modèle de l'Occupation Humaine (M.O.H.) de G. Kielhofner, modèle d'intervention en ergothérapie, comme cadre conceptuel pour synthétiser nos résultats. Ce choix repose sur deux de ses caractéristiques. Tout d'abord, comme tous les modèles ergothérapiques, il propose un cadre d'analyse holistique : une situation est conçue non pas comme un fait en soit mais comme le fruit d'interactions entre une personne (le jeune diplômé), ce qu'elle fait (exercer la profession d'ergothérapeute) et l'environnement dans lequel elle le fait (pour simplifier tous les milieux sanitaires et EHPAD). La deuxième caractéristique est qu'il s'agit d'un modèle d'intervention. Il conçoit donc d'emblée ces interactions dans le temps et initiées par la personne agissante dans un milieu en introduisant la notion d'Adaptation Occupationnelle et de Devenir. C'est ce qui permet de comprendre les comportements, les dynamiques et donc guider les ergothérapeutes dans leur intervention. Nous allons maintenant rapidement présenter ce modèle et ses concepts avant de partager les résultats de notre recherche.

Le modèle du M.O.H a été développé à la fin des années 80 par G. Kielhofner. Il intègre le concept d'Occupation que nous pouvons résumer comme toutes activités de la vie quotidienne d'un individu ou d'un groupe qui sont signifiantes (porteuses d'un sens, d'un but dans un environnement socio-culturel déterminé) et significatives (auxquelles les individus consacrent du temps). L'Occupation est ce qui définit et transforme l'humain : à travers l'occupation, nous créons nos habilités motrices, nos propres concepts et nos identités sociales. Par-dessus tout, quand nous nous engageons dans une nouvelle occupation, on se redessine soi-même et on ouvre de nouvelles possibilités pour le futur [traduction libre] (Kielhofner & Forsyth, 1997). Pour appréhender le modèle, trois concepts sont importants : l'Etre, L'Agir et le Devenir (Morel-Bracq et al., 2017)

L'Etre est la personne appréhendée dans sa complexité au travers de 3 composantes

- Sa **volition** qui sous-tend ses choix, ses décisions, sa volonté de s'engager dans une activité. Cette volition est le résultat de ses **valeurs**, ce qu'elle juge bon, important de faire et donne un sens à son action, de ses **centres d'intérêt**, ce qui lui procure du plaisir et de sa **causalité personnelle**, ce qu'elle pense être capable de faire ou de contrôler aux vues de ses expériences passées.
- Son **habituat**ion qui combine ses **rôles**, actions et manières de faire attendues par elle-même ou par l'entourage social et ses **habitudes**, formes de routines acquises dans la manière de faire.
- Sa **capacité de performance** qui recouvre les **aptitudes physiques, cognitives psychiques**, composantes objectives modulées par **l'expérience subjective**, la perception que la personne a de ses aptitudes.

L'Agir est ce que la personne fait de manière tangible mais aussi le sens qu'elle met dans cette action. Pour appréhender ces nuances, trois niveaux de l'Agir sont définis :

- La **participation occupationnelle** qui est le fait de réaliser des Occupations au sens défini supra. *Exercer la profession d'ergothérapeute*
- La **performance occupationnelle** qui recouvre l'ensemble des tâches réalisées pour cette participation occupationnelle, le mode opératoire, plus ou moins imposé par l'environnement. *Evaluer les capacités d'une personne*

- Les **habiletés** qui sont les actions observables et mettent en œuvre les aptitudes de la personne dans un environnement donné. *Planifier son temps de travail*

Le **Devenir** renvoie aux nouvelles occupations de la personne. Il nécessite une **Adaptation Occupationnelle**, processus par lequel la personne développe une nouvelle **Identité Occupationnelle**, une variation de l'Etre, fruit de son expérience et de ses projets, et une **Compétence Occupationnelle** qui est sa capacité à Agir en fonction de cette nouvelle identité.

En trame de fond, **l'Environnement** physique et social apporte des opportunités ou des exigences à l'Etre sur sa manière d'Agir et donc aussi de Devenir.

La modélisation suivante apporte une synthèse de ces concepts. Elle va guider les paragraphes suivants pour mieux appréhender la transition professionnelle des jeunes ergothérapeutes. Le modèle se lit de gauche à droite : l'Etre choisit d'Agir dans un Environnement qui influence son action et génère des Adaptations. Ces Adaptations changent en retour (flèches), l'Agir (choix des Occupations, manières de faire, habiletés) mais aussi la personne, l'Etre qui porte ces actions. Elles ouvrent ainsi de nouvelles possibilités qui sous-tendent le devenir.

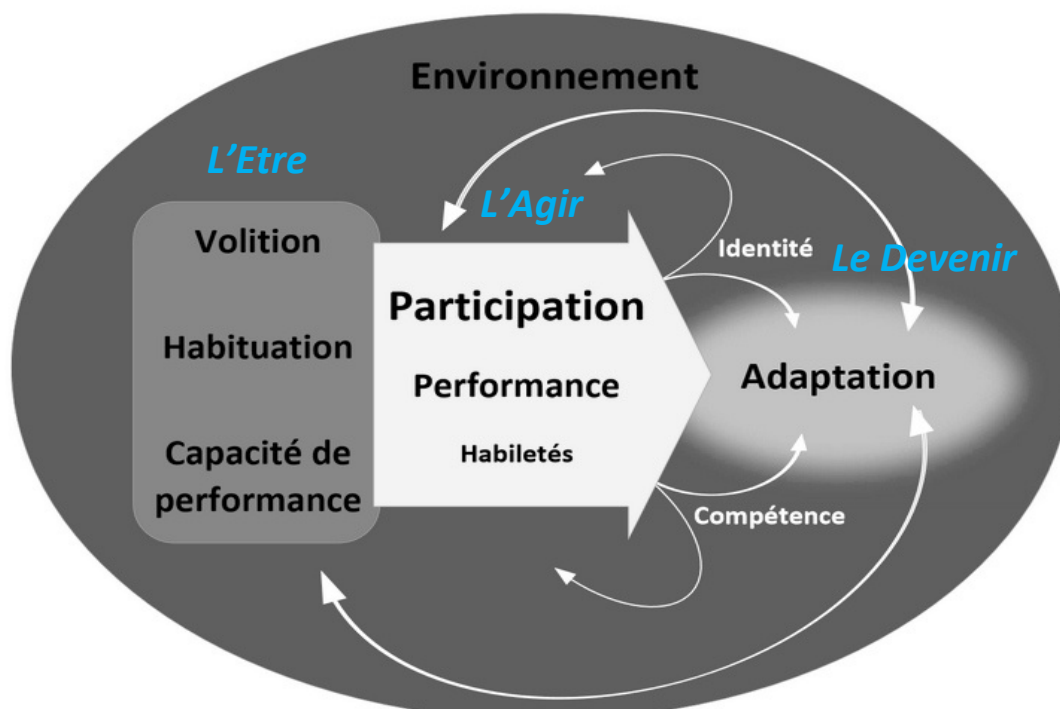


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Française).
Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet et A. Doussin (2024).
Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

Figure 1 Modélisation de la dynamique du Devenir selon le M.O.H.

2.2. Définir le « Devenir ergothérapeute »

Le terme de transition est défini comme « le passage d'un état à un autre » (Larousse, 2023). Il agrège deux notions : une transformation et une temporalité circonscrite. Le concept d'Adaptation Occupationnelle vu précédemment nous permet de faire l'hypothèse que cette transition ne se résume pas à l'obtention et l'exercice du premier emploi en ergothérapie. Il s'agit d'un processus que nous allons maintenant décrire.

Tryssenaar et Perkins (2001), toutes deux enseignantes, sont les premières à étudier cette transition professionnelle chez des ergothérapeutes. Leurs travaux reposent sur une analyse de journaux écrits par des jeunes diplômés ergothérapeutes et kinésithérapeutes entre leur dernier stage et leur première année d'exercice. Elles s'inscrivent dans une continuité de recherches initiées dans le monde infirmier par Marlène Kramer qui publie en 1974 « Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing » (Le choc de réalité : pourquoi les infirmières quittent la profession ? [traduction libre]). Bien qu'il s'agisse de néo-praticiens, on retrouve dans les descriptions les symptômes du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out. Pour rappel, celui-ci est défini comme « un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes. » en d'autres termes c'est « un processus de dégradation du **rapport subjectif** au travail » (ANACT et al., 2015). Engagées dans une logique d'amélioration de la formation, Tryssenaar et Perkins découvrent avec étonnement les mêmes signes de « choc » chez leurs étudiants suivis d'une adaptation progressive. Elles font ressortir les différentes étapes de la transition : une phase initiale mêlant euphorie et angoisse durant les 6 premiers mois, puis la mise en place de stratégies qui permettent vers le neuvième mois une adaptation à la pratique. Hummell et Higgs (2010) complètent ces premiers travaux par une enquête qualitative auprès de 24 paramédicaux australiens dont la moitié sont ergothérapeutes. Leurs travaux convergent vers les résultats de Tryssenaar et Perkins. Ils retrouvent une adaptation progressive qu'ils résument en trois étapes enchevêtrées (Cf. Annexe 8) : les 6 premiers mois, la phase « d'ajustement au lieu de travail », les 6 mois suivants « la phase d'assimilation au lieu de travail et à l'équipe » et enfin la phase finale « d'élaboration des projets futurs d'emploi » (projection des individus : rester dans ce premier emploi, changer d'emploi voir de profession). Leurs travaux ajoutent

avec pertinence un indicateur unique pour lire la progression dans ces différentes étapes : la réalisation des obligations en lien ou non direct avec le client avec confiance et compétence et un niveau réduit de stress et fatigue [traduction libre] (Hummell & Higgs, 2010).

En synthèse, ces travaux restent insuffisamment détaillés sur le contexte de pratique ou la situation globale de ces jeunes diplômés (dans combien de lieux de pratique exercent-ils ? à temps plein ? ...). Cependant ils convergent sur l'existence d'une phase critique autour des 6 premiers mois d'exercice marquée par la fatigue, le stress, l'anxiété et aussi pour certains l'isolement. Ils confortent également la définition de la transition professionnelle comme un processus personnel à la temporalité individuelle. Son aboutissement ne se lit pas suivant l'acquisition de compétences professionnelles manquantes pour faire un « bon ergothérapeute » mais suivant un état psychologique où un jeune diplômé se sent compétent, reconnu dans sa profession et en retire une satisfaction. Nous allons maintenant tenter de comprendre pourquoi cette transition existe.

2.3. Comprendre le devenir ergothérapeute et son « choc de réalité »

Si nous repartons du M.O.H., on peut supposer que la transition est une Adaptation Occupationnelle. Elle existe car l'Identité Occupationnelle - Être ergothérapeute - et les Compétences Occupationnelles pour Agir en tant qu'ergothérapeute ne sont pas réunies. Le choc initial serait ainsi le paroxysme de ce décalage. Nous allons maintenant tenter de l'explicitier en synthétisant les résultats de notre recherche bibliographique selon les concepts du MOH présentés précédemment.

2.3.1. Être Ergothérapeute

En préambule, il nous semble important de rappeler la définition de l'ergothérapie selon la W.F.O.T., syndicat international des ergothérapeutes pour identifier les principes fondateurs de l'ergothérapie contemporaine. L'ergothérapie est une profession de santé centrée sur le client qui se préoccupe de la promotion de la santé et du bien-être au travers de l'occupation. Le but premier de l'ergothérapie est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les personnes et les communautés soit pour améliorer leur habilité à participer aux activités qu'ils souhaitent, qu'ils ont besoin ou que l'on attend d'eux qu'ils

réalisent ; soit en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement dans cette occupation (2012) [traduction libre] (World Federation of Occupational Therapists, 2024). Dans cette approche, l'ergothérapeute se doit d'intervenir selon les besoins exprimés par la personne et est ainsi guidé pendant toute son intervention par ses occupations à savoir ce qu'elle fait au quotidien et qui a du sens pour elle. C'est l'approche centrée sur l'occupation. Cette dernière est souvent comparée à une approche dite analytique qui vise à éradiquer ou réduire une déficience et s'appuie davantage sur des protocoles standardisés. Ces grands jalons posés, nous pouvons nous intéresser à l'Etre du novice ergothérapeute.

Au début de la transition professionnelle, ses 3 composantes, volition, habitudes et capacité de performance, sont affectées, rendant son **identité occupationnelle** encore instable.

Les conflits de valeurs

Tout d'abord son engagement à devenir ergothérapeute, sa « **volition** », est fragilisé par de nombreux conflits de valeurs. Le premier et peut-être le plus évident car il est partagé par de nombreux professionnels du soin est celui qui prévaut entre le jeune diplômé et l'organisation au sein de laquelle il exerce. Les impératifs de temps de traitement, de gestion des risques (Gibson et al., 2000; Murray et al., 2015) sont perçus comme incompatibles avec une approche à l'écoute des besoins individuels et peu protocolisée. La seconde source de conflit est propre à la communauté des ergothérapeutes. Murray et al. (2015) ou Jones et al. (2023) mettent en évidence les tensions générées par la concomitance de deux approches au sein de la profession : l'approche centrée sur l'occupation et l'approche analytique. L'étude de Di Tommaso et al. (2019) ajoute une nuance : l'approche centrée sur l'occupation interviendrait, si le temps de traitement le permet, dans un second temps, une fois les déficiences réduites.

Les conflits de valeurs se cumulent durant cette transition et nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils sont un invariant de la transition compte tenu de la complexité des environnements de pratique (Barnett 2011 cité par (Fortune et al., 2013).

Des rôles flous

L'absence de **rôles** clairs, de modèles à suivre (Morley, 2009) intervient également dans l'instabilité de l'Etre. Cette absence de lisibilité trouve son origine dans deux causes principales. La première est le résultat de l'hétérogénéité des approches évoquées précédemment (Murray et al., 2015). En réponse, l'entourage des ergothérapeutes formule auprès des novices des attentes peu harmonisées (Robertson & Griffiths, 2009). La seconde cause est liée à la découverte de rôles intrinsèques à la pratique mais peu ou pas expérimentés lors des études ou stages. Le novice découvre ainsi à sa prise de poste la coordination de soin, les responsabilités administratives et de gestion, la priorisation entre les besoins des patients (Moir et al., 2021; Toal-Sullivan, 2006). L'ensemble de ces rôles imposent aux jeunes diplômés un plus haut niveau de responsabilités par rapport à son expérience en tant qu'étudiant [traduction libre] (Moir et al., 2021), et génèrent également un ensemble d'attentes concurrentes avec l'exercice du soin en lui-même. Le jeune diplômé a subitement avec sa prise de poste un rôle de décisionnaire sur le soin à apporter à une personne, sur l'affectation de son temps travail, rôle auquel il est peu préparé et pour lequel il a peu développer d'aptitudes.

Le doute sur sa capacité à être ergothérapeute

La revue de littérature n'évoque pas de lacune objective chez les jeunes diplômés. Cependant le doute quant à leur capacité à exercer est prégnant. On peut souligner que leurs aptitudes cognitives de perception, d'analyse et de résolution de problème sont fortement sollicitées durant la période pour répondre aux questions sur l'Agir : comment faire, par où commencer, comment mettre en pratique la connaissance théorique (Fortune et al., 2013; Moir et al., 2021; Robertson & Griffiths, 2009). L'absence de langage commun entre les jeunes diplômés et d'autres praticiens formés avec d'autres modèles théoriques, la difficulté de ces derniers à expliciter leur pensée ajoutent un niveau de complexité aux raisonnements (Gibson et al., 2000; Murray et al., 2015). Etonnamment, la capacité à faire face à des émotions fortes provoquées par des situations de soin délicates apparait peu dans la littérature. Cela transparait au travers de certains verbatims (Tryssenaar & Perkins, 2001) mais sans que nous puissions conclure à un biais de sélection des auteurs ou à une réelle absence.

Dans l'ensemble, les novices ont un faible sentiment de contrôle et de capacité par rapport à la pratique. Il se traduit par l'incertitude et le doute qui traversent toutes les recherches sur la transition professionnelle des jeunes diplômés (Moir et al., 2021).

Cette partie nous a permis de mettre en exergue la fragilité de l'Être ergothérapeute pour le novice. Celui-ci est loin d'être acquis par l'obtention du diplôme mais se construit durant cette phase de transition. L'environnement apparaît peu facilitant du processus créant des exigences attachées à des rôles inconnus ou hétérogènes. Nous allons maintenant nous intéresser à la pratique de ces novices, à leur Agir.

2.3.2. Agir comme Ergothérapeute

Pour cette dimension, il nous a été difficile de discriminer les difficultés réellement perçues par les novices de celles interprétées par les auteurs aux regards de ce qu'ils attendent être la bonne pratique. Seuls certains verbatims, quand ils sont fournis, peuvent nous donner des indices. La revue de littérature fait ressortir quatre activités qui posent des difficultés aux ergothérapeutes novices.

La première est la difficulté à prioriser. Elle transparaît dans leur capacité moindre à répondre à l'ensemble des obligations, à équilibrer leur charge de travail entre les temps de soin avec l'utilisateur et les temps pour les autres activités connexes (Cusick et al., 2004; Moir et al., 2021; Murray et al., 2015). Aucun auteur n'évoque clairement la possibilité que la charge de travail soit inadaptée à cette période marquée par l'apprentissage de nouveaux rôles (cf. supra) et l'acquisition d'habiletés.

La seconde difficulté porte sur le raisonnement clinique qui selon Schell en 2019 est le processus utilisé par les thérapeutes pour planifier, guider, mettre en œuvre, et réfléchir le soin apporté au client [traduction libre] (cité par (Carrier et al., 2015). Le jeune praticien se débat pour prioriser les informations entre elles, fait parfois des erreurs d'appréciation (Murray et al., 2015). Pour saisir la complexité du raisonnement à mener par le novice, nous pouvons nous appuyer sur les travaux de Carrier et al.(2015) . Ils répertorient les informations entrant dans ce raisonnement et listent pas moins d'une quinzaine de facteurs à considérer dont la majorité ne dépend pas du thérapeute (cf. Annexe 9). Les difficultés des novices transparaissent également dans la conception des interventions, le « comment

faire ? » (Cusick et al., 2004; Moir et al., 2021; Murray et al., 2015; Robertson & Griffiths, 2009; Toal-Sullivan, 2006). En illustration voici le témoignage d’Amy après 5 mois d’exercice en hôpital : vous connaissez le diagnostic, mais vous ne savez pas toujours où vous allez, par quoi commencer, et j’ai parfois eu l’impression de tourner en rond, ou de me demander ce que j’étais censée faire ensuite [traduction libre] (Toal-Sullivan, 2006). Les travaux de Gibson et al.(2000) montrent que le raisonnement clinique est en soit un processus qui se mature avec l’expérience sans pouvoir conclure sur la part due à l’expérience personnelle et celle due à l’expérience clinique. Partant de ces conclusions, on peut alors présumer que les difficultés du novice sont prévisibles.

La troisième difficulté renvoie à la communication. Cette dernière ne ressort pas dans l’ensemble des articles. Moir et al.(2021) dont la synthèse porte sur le vécu des novices au contact des usagers rappelle la difficulté à communiquer avec les personnes soignées et leur famille : créer du lien, expliquer une intervention, composer avec la différence de langues. Robertson & Griffiths (2009) quant à eux le mentionnent comme étant une problématique transversale et importante et apportent un autre éclairage. Les difficultés de communication portent principalement sur les échanges avec les équipes de soin et l’encadrement. Selon eux, la difficulté ne réside pas dans un manque de compétence ni dans une absence de communication mais dans le temps à y consacrer et l’énergie à y investir pour adapter à de multiples reprises son discours.

La dernière difficulté est intriquée au raisonnement clinique : les novices ne parviendraient pas à intégrer l’approche centrée occupation dans leur pratique. La littérature fournit deux pistes de compréhension du phénomène. La première repose sur un problème de perception volontaire ou non. Gibson et al.(2000) mettent ainsi en évidence un décalage entre l’intégration de l’usager déclarée par le novice dans l’élaboration du plan d’intervention et son absence lorsque le novice explicite le raisonnement qui l’y a mené. La deuxième piste, la plus prégnante, renvoie à l’incompatibilité entre ce qu’imposent les lieux de pratique et la mise en œuvre de cette approche. D’une part, l’approche dominante est peu holistique, focalisée sur la déficience (approche analytique) et la sécurité de la personne. D’autre part, la charge de travail importante rend impossible une approche individualisée (Toal-Sullivan, 2006). Les travaux de Jones et al.(2023) apportent un

complément sur cette dernière incompatibilité : l'approche centrée occupation est perçue comme trop coûteuse en temps mais aussi en charge cognitive et n'est donc pas mise en œuvre. Ils mentionnent également les contraintes de moyens comme le manque d'objets, d'espaces de travail. Pour reprendre Di Tommaso et al.(2019) « l'occupation est un luxe » et nécessite un effort pour s'engager personnellement et engager l'organisation. Cet effort nécessite de l'énergie que le jeune diplômé ne pourrait ou ne souhaiterait pas mobiliser durant la période épuisante de la transition.

Les jeunes ergothérapeutes rencontrent des difficultés pour incarner la profession. Pour reprendre le modèle du M.O.H. ils n'ont pas encore les compétences occupationnelles pour Agir comme l'ergothérapeute qu'ils souhaiteraient être. Certaines difficultés comme celle du raisonnement clinique semblent s'estomper avec le temps, signe que la transition est finie. D'autre comme l'intégration de l'approche centrée occupation dépasse notre sujet et renvoie à la possibilité d'incarner l'ergothérapie contemporaine suivant les lieux de pratique.

Cette partie nous a permis de décrire et comprendre les dynamiques de la transition professionnelle des jeunes diplômés ergothérapeutes. L'utilisation du modèle M.O.H. et de ses concepts nous a permis d'aller au-delà d'une approche inventoriant des compétences professionnelles déficitaires mais d'intégrer les interactions limitantes ou habilitantes associées à l'environnement. Cette lecture permet de mettre en évidence que le jeune ergothérapeute dans cette transition ne dispose pas de point d'appui stable car il adapte en même temps son identité professionnelle et sa manière d'agir en tant qu'ergothérapeute. En résulte un passage éprouvant et par conséquent potentiellement risqué pour la qualité de soins. L'ensemble des sources étudiées s'étalent sur les 20 dernières années et toutes sont unanimes sur le recours à la supervision durant cette transition comme levier pour faciliter ce passage. Cette dernière partie va donc nous permettre de mieux cerner ce qu'elle recouvre et son effet.

3. La supervision : une notion polysémique

Si l'apport positif de la supervision pour le novice ergothérapeute fait consensus, sa définition est loin d'être unique. Lors de nos recherches, les termes suivants ont été rencontrés : supervision, mentorat, préceptorat, supervision de la pratique, analyse de pratique, doublure, tutorat, formation en situation de travail, transmission professionnelle. Afin d'appréhender ce que peut cacher la pluralité des termes, nous rappellerons dans un premier temps les grandes lignes des théories sous-jacentes au concept de supervision pour ensuite, par une recension de littérature, déterminer les faits saillants de ses modalités et son rôle facilitateur dans la transition professionnelle.

3.1. La supervision contemporaine, une forme de tutorat ?

En français la supervision est définie comme une action de contrôle exercée par un tiers sur le travail de quelqu'un (Larousse, 2024). Cependant cette fonction de contrôle ressort dans notre revue de littérature comme mineure et propre à certains pays où elle est mêlée à une fonction d'encadrement hiérarchique, par exemple aux Royaume-Unis depuis 2015. Le trait commun porte davantage sur l'idée d'un accompagnement réalisé par un professionnel plus expérimenté pour aider le novice lors de sa prise de poste. Le terme de tutorat bien qu'il se réfère dans son acception courante à la sphère de l'apprenti et non au jeune diplômé serait plus approprié. En partant de sa définition du dictionnaire le tutorat serait la « Fonction de tuteur », le tuteur étant une « personne ou chose qui servent d'appui, de soutien, de protection. » (Larousse, s. d.). Les principes fondateurs du tutorat dans sa forme contemporaine sont le fruit de théories issues de la psychologie cognitive et des sciences de l'éducation. Nous allons ici seulement faire ressortir les deux principes qui nous semblent au cœur de sa conception actuelle.

Comme le rappelle Heslon (2021), le travail en santé est un travail « en creux », par opposition à un travail « en relief » comme celui d'un cuisinier dont l'effet du travail est tangible. Pour aller plus loin, la manière de produire ces effets sont également rarement explicites et sont le résultat de savoir-faire et de savoir-être cognitifs, de l'ordre du raisonnement, de l'adaptation sociale, plus que praxiques, de l'ordre de l'acquisition d'un geste reproductible. Si l'on parcourt le référentiel des compétences de l'ergothérapeute

(Annexe II Référentiel de compétences - Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute., 2010), seule une compétence sur dix, la compétence 4 fait référence à une production matérielle, la réalisation d'orthèse. On comprend alors aisément la complexité d'un tutorat étendu au novice que l'on peut résumer avec Guillemette (2016, p. 4) par : « le défi de l'explicitation des savoirs tacites ».

Cependant, cette explicitation n'est pas réservée à un expert qui transmettrait de manière unidirectionnelle des compétences à un novice qui chercherait ensuite à les reproduire. Cette explicitation est le fait même du novice et est au cœur de son apprentissage. C'est l'un des principes du tutorat contemporain : la réflexivité. Cette notion est issue des travaux de Dewey au début du 20^{ième} qui montre que l'humain est capable de conscientiser ce qu'il fait et par résolution de problème ajuster son action. Partant du précepte partagé avec Piaget que l'humain apprend dans l'expérience, dans l'action, il pose que l'apprentissage est possible que s'il est issu d'une démarche intentionnelle et organisée de l'apprenant d'analyser son action. Dans cette lignée, Donald Schön poursuit ses travaux dans les années 80 et étend la notion de réflexivité non pas à la seule réflexion sur l'action mais aussi à la réflexion sur le raisonnement qui a sous-tendu cette action, ce que nous appellerions aujourd'hui la métacognition.

En parallèle, en Europe, la « pédagogie » se développe avec les théories de Piaget qui place l'expérience, l'action personnelle comme la source de l'apprentissage. Vygotsky, contemporain de Dewey, conserve ce principe de l'apprentissage par l'expérience mais au lieu d'en faire une expérience individuelle, replace cet apprentissage dans un contexte social. C'est à partir de la confrontation d'idées sur la résolution d'une situation donnée que l'individu développe ses savoirs. Ce modèle, dit « socio-constructiviste », donne une place importante au langage qui permet la réflexivité par la mise en mots, l'explicitation du problème et du raisonnement mais aussi la confrontation d'idées, condition de l'émergence du savoir.

La conception du tutorat actuelle repose sur ces deux notions ou modèles : la réflexivité et le modèle socio-constructiviste. Le tuteur a ainsi un rôle de médiateur qui facilite cette réflexivité dans et après l'action pour permettre le développement de savoirs. Indirectement, cette conception donne à l'apprenant l'initiative de son apprentissage : c'est

à lui qu'incombe d'identifier au préalable une situation problématique (Hanson & Deluliis, 2015). Cet apport théorique nous permet de donner un sens aux différentes pratiques de la supervision que nous avons recensées dans la littérature et que nous allons présenter maintenant.

3.2. La supervision en pratique

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe une multitude de terminologies dans la littérature. Pour aller au-delà et comprendre les effets de la supervision sur la transition professionnelle, nous avons recherché des récurrences dans les pratiques rapportées en utilisant des critères simples de catégorisation : les fonctions recherchées et les modalités de mise en œuvre qui en découlent, les acteurs, la temporalité et les éventuels outils. Nous allons présenter ci-dessous les résultats en suivant la même logique après avoir évalué la demande de supervision en elle-même.

3.2.1. La supervision comme une évidence ?

Dans l'ensemble des articles, la supervision est souhaitée par les novices (Robertson & Griffiths, 2009) : j'aurais aimé avoir quelqu'un avec plus d'expérience, comme une sorte de mentor (Marie) [traduction libre] (Toal-Sullivan, 2006). L'étude réalisée par Cusick et al.(2004) objective davantage cette perception grâce à son devis basé sur la méthode Delphy et son échantillon mêlant équitablement expérimentés et novices. Elle montre également que la supervision est aussi attendue par les praticiens expérimentés pour son rôle facilitant dans l'adaptation professionnelle et son effet supposé sur la fidélisation des jeunes arrivants. Ce rôle serait même évident. En effet, les défis associés à la transition justifieraient que le novice puisse prolonger le support apporté auparavant par le milieu éducatif : la transition du statut d'étudiant à praticien est extrêmement exigeante car les attentes et la charge de travail augmentent et le soutien individuel diminue [traduction libre] (Kasar & Muscari, 2000). Dans l'ensemble de la littérature, les résultats de Sweeney et al.(2001a, 2001b) dénotent. Ils rapportent une résistance des novices à s'engager dans la supervision, laissant entendre qu'elle peut aussi ne pas être recherchée ou du moins pas dans la forme qui leur est proposée dans cette étude. On peut ainsi faire l'hypothèse avec les auteurs que

la combinaison de rôles d'encadrement hiérarchique et de tuteur inhibe l'usage de la supervision par les novices.

3.2.2. Les fonctions variées de la supervision

On peut distinguer deux grandes fonctions à l'image de la terminologie anglo-saxonne qui distingue le mentorat et le préceptorat.

La première, associée au préceptorat, renvoie à la clinique. Elle désigne l'apport d'expertises spécifiques à la profession qui feraient défaut au novice. Dans ce contexte, le précepteur prend alors indirectement le rôle de dernier garde-fou de la qualité professionnelle du thérapeute avant sa pleine autonomie (Yonge et al., 2007). Dans la revue de littérature, le raisonnement clinique est l'expertise qui est la plus recherchée par les novices. Ils souhaitent avec le tuteur valider la qualité de leur raisonnement (Robertson & Griffiths, 2009; Sweeney et al., 2001b). La préoccupation d'intégrer dans ce raisonnement l'approche centrée occupation semble minoritaire et dépendante de la pratique du tuteur (Di Tommaso et al., 2019). L'apport par le tuteur de connaissances techniques est quasi absent de la littérature. Il en est de même des compétences relatives à la gestion des soins alors que, comme nous l'avons vu précédemment, ces rôles sont peu connus des novices.

La deuxième fonction, associée au mentorat, peut se définir en miroir comme tout le soutien apporté en dehors des compétences cliniques. Il concerne le novice, ses interactions avec l'organisation, le fonctionnement en équipe ... Contrairement au précepteur, le mentor n'a pas de rôle d'évaluation par rapport à une norme sur l'exercice de la profession. Le mentor joue le rôle de conseiller, accompagne le novice dans la gestion de ses émotions, la résolution des conflits au travail, la gestion de l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, la construction de sa posture au sein des équipes. C'est une personne de confiance, généralement un ami, un pair novice (Yonge et al., 2007).

En pratique, ces deux fonctions sont généralement entremêlées. Le terrain de pratique pourrait influencer leur dosage. Le mentorat serait ainsi favorisé dans les lieux de pratique qui génèreraient une charge émotionnelle plus importante telle que la psychiatrie ou la pédiatrie (Sweeney et al., 2001a). Dans toutes les situations, ces deux fonctions concourent à la construction de la confiance professionnelle ou sentiment de compétence. L'étude de

Cusick et al.(2004) montre que le thème figure parmi les plus importants dans la phase de transition, pour les tuteurs comme pour les novices. Ce sentiment de compétence n'est pas l'estime de soi car il se définit en rapport à des activités définies (Guichard & Huteau, 2022). C'est un processus dynamique qui se construit sur la capacité du novice à s'engager dans l'action, à réfléchir sur son action, à intégrer les retours extérieurs, issus de la supervision, et à se sentir suffisamment en confiance. Holland et al.(2012) synthétisent ce mécanisme dans le diagramme présenté en annexe 10. Les auteurs rappellent également que les moments de changement comme la transition professionnelle, sont des moments où les individus peuvent temporairement limiter les interactions pour rester dans une zone de confiance, de contrôle. Ceci pourrait expliquer certaines stratégies déployées par les novices face à la supervision. Sweeney et al. (2001b) décrivent deux types de stratégie : des passives visant simplement à y échapper et des actives où les novices sélectionnent minutieusement les éléments confiés au superviseur pour en limiter la portée. Dans ces deux stratégies, la supervision ne remplit pas sa fonction de facilitateur de la transition professionnelle. Les auteurs mettent en avant un dernier cas où la supervision est vaine car détournée de son objectif pour servir des « agendas cachés » (Sweeney et al., 2001b). Du côté des novices, la supervision est un moyen pour certains de renvoyer consciemment ou non une bonne image de professionnel, de faire allégeance. Du côté des superviseurs, certains porteraient ce rôle à des fins de maintien de motivation ou de développement personnel. Ces stratégies interrogent sur l'effectivité du besoin de supervision.

3.2.3. Les modalités de mise en œuvre

Deux sources d'informations étayent ce point. D'un côté les études portant sur des programmes d'accueil de nouveaux arrivants où la supervision joue un rôle central et est étudié en termes d'efficacité. Dans ces programmes, la mise en œuvre de toutes ses fonctions est planifiée et organisée suivant un protocole détaillé et partagé au lecteur. De l'autre, nous disposons de multiples études qualitatives où l'interprétation des auteurs des verbatims donne un éclairage sur la mise en œuvre.

Qui supervise ?

Il ressort de cette revue bibliographique que la supervision est tout d'abord toujours incarnée par une ou des personnes. Ces dernières sont préférablement des ergothérapeutes expérimentés et en l'absence ou manque de disponibilité d'autres professionnels du soin. Ce sont souvent les kinésithérapeutes avec qui le novice peut croiser un raisonnement clinique sur des patients partagés (Morley, 2009; Seah et al., 2011; Toal-Sullivan, 2006). Cusick et Al.(2004) ont mené une recherche action sur l'intégration des novices en milieu hospitalier auprès de 27 participants mêlant novices, professionnels expérimentés et cadre de santé. Les ajustements apportés à la supervision pendant la recherche vont dans le sens d'une dissociation de ses deux grandes fonctions. Le « préceptorat » (l'expertise clinique) est apporté par des ergothérapeutes expérimentés et un unique professionnel lorsque le novice intervient dans plusieurs services. Le mentorat est quant à lui réalisé dans des groupes de pairs « novices » animés par un professionnel neutre, à savoir sans lien d'encadrement hiérarchique ou clinique. Peu d'articles questionnent les habiletés des tuteurs à tutorer les novices. Sweeney et Al.(2001c) plaident en faveur d'une formation systématique des tuteurs. Ils vont ainsi à l'encontre de ce que Thébault (2013) appelle une « conception naturalisante de la transmission professionnelle », qui fait de la seule expérience clinique un gage de la qualité de la supervision.

Quand recourir à la supervision ?

La temporalité soulève deux questions : à quel moment de la transition la supervision est-elle la plus importante et/ou efficace et à quelle fréquence ? Comme nous l'avons vu précédemment, la transition professionnelle commence généralement par une phase initiale de 4 à 6 mois très éprouvante pour le novice. Par conséquent, la supervision semblerait primordiale à cette phase. Or certains auteurs (Barnitt et Salmond en 2000 (cité par Robertson & Griffiths, 2009) ont observé que les novices tendaient à mettre en suspens des activités favorisant la réflexivité le temps de retrouver une certaine sérénité dans leur quotidien. On peut alors s'interroger sur la pertinence d'engager une démarche de supervision dès la prise de poste ou se questionner si une de ses fonctions ne serait pas à privilégier durant cette phase initiale. Quant à la fréquence, le verbatim des novices exprime le besoin de permanence et d'immédiateté bien que ces caractéristiques soient rarement

conciliables avec le rythme et la charge de travail. La modalité du présentiel sur le lieu de travail reste prédominante. Des études émergent sur l'opportunité d'une supervision en visio-conférence mais les premiers résultats montrent qu'elle reste une solution par défaut d'accessibilité à un mode en présentiel (Feretti et al., 2019).

Les outils

Les outils trouvés dans la littérature sont souvent le fait de chercheurs et peu d'information est donnée quant à leur usage effectif. Ils sont peu spécifiques de la problématique des novices et proches des outils classiques de pilotage de la formation professionnelle. On citera par exemple le « Occupational therapy clinical learning framework (OTCLF) de Fitzgerald et al.(2015) qui propose un cadre méthodologique pour s'assurer de l'accomplissement d'objectifs de formation. Il repose sur en 4 étapes : identifier les besoins de formation, les prioriser, les discuter avec le tuteur, les pairs et finalement engager l'action de formation. On notera que les deux premières étapes sont de la seule responsabilité du novice. Ce dernier peut s'appuyer sur un référentiel de compétences pour identifier ses besoins ou utiliser les méthodologies de la pratique réflexive. Nous citerons en dernier lieu l'outil de Kasar et Muscari (2000) (cf. annexe 11). Il reste un référentiel de compétences mais a l'intérêt de proposer pour chacune une graduation en fonction du développement professionnel de l'ergothérapeute.

Cette partie nous a permis de mieux comprendre l'apparente polysémie autour du concept de supervision. Cette polysémie traduit selon nous son caractère protéiforme que ce soit dans ses fonctions et dans sa mise en œuvre. Ce constat fait écho aux travaux de Thébault (2018) sur les infirmiers. Elle met en évidence trois composantes qui expliquent la multiplicité des formes de supervision : « la conciliation entre production et transmission », devant la priorité aux soins, la supervision est soit suspendue, soit opportuniste, soit apportée par l'équipe ; « la co-élaboration d'une relation entre les protagonistes », la supervision est avant tout une relation entre personnes sur une durée ; « la combinaison des savoirs professionnels », superviseur comme supervisé ont au préalable un parcours qui va

définir le contenu. Nous parlons d'apparente polysémie car au-delà de la variété de ses mises en œuvre deux principes restent structurant : le socio-constructivisme et la réflexivité.

Notre démarche inductive pour définir la supervision s'appuie majoritairement sur des ressources anglosaxonnes où parfois elle est utilisée à des fins de gestion des ressources humaines (fidélisation, pilotage des grades d'avancement). Les besoins du novice et de la profession peuvent donc y être dilués. Nous allons dans une dernière partie soulever les questions qui émergent de la contextualisation de la supervision en France et qui sera l'objet d'approfondissement lors de notre enquête terrain.

4. Problématique & objectifs de recherche

La dynamique de la transition et les éléments du contexte français présentés auparavant laisse présager que le « choc » bien décrit à l'étranger soit également présent chez les novices en France. Ces derniers débutent leur carrière majoritairement dans le milieu sanitaire et les EHPAD. Ces milieux aux organisations instables requièrent une identité professionnelle affirmée et un soin d'emblée efficace peu compatible avec la phase d'adaptation. Malgré cela la littérature francophone reste silencieuse faisant du sujet un thème à explorer.

Dans la littérature anglo-saxonne, la supervision est présentée comme l'unique solution pour diminuer le « choc » chez le novice mais également s'assurer de la qualité des soins par sa fonction de préceptorat. Cette supervision est avant tout en présentiel, portée à minima par un ergothérapeute expérimenté. Or, nous l'avons vu, le contexte du premier emploi en France est majoritairement en CDD donc sur de multiples structures et généralement hors d'une équipe d'ergothérapeutes. Ce constat conforte notre question initiale et interroge sur les moyens et la forme que pourrait prendre la supervision pour répondre à ce contexte de pratique isolée.

Cette même littérature étudie toujours le novice dans un lieu de pratique unique. D'une part, ce prisme est réducteur de la réalité française et d'autre part il ne permet pas d'interroger d'autres voies de possibles facilitations de cette transition. Par exemple, on peut faire l'hypothèse, que l'enchaînement des CDD, élément du contexte français, est source d'adaptation plus rapide.

Enfin, les modèles d'analyse du « choc » de la transition en plusieurs phases ont focalisé les recherches sur la période des premiers mois d'exercice. Cette temporalité limite la compréhension du processus de transition en lui-même. En effet, elle ne permet pas d'explorer les stratégies individuelles mises en œuvre lors de la recherche d'emploi en vue de faciliter cette transition.

Notre questionnement initial « comment la supervision peut-elle être réalisée ? » ressort ainsi comme limitant au regard du contexte français et du processus de transition. Sans rejeter la notion de supervision, nous pouvons cependant l'interroger dans son acception élargie, dans son rôle de tuteur, de soutien quelle qu'en soit la forme et selon une temporalité intégrant la période avant le premier emploi. Notre questionnement serait alors : quelles stratégies ou ressources engage le jeune praticien ergothérapeute en France, de sa recherche d'emploi aux 12 premiers mois d'exercice pour faciliter sa transition professionnelle dans le milieu sanitaire et les EHPAD?

Partie recherche

1. Méthodologie de recherche

1.1. Objectifs de l'étude

L'étude vise à explorer les principaux éléments facilitant le passage à l'exercice professionnel mis en œuvre par les jeunes diplômés ergothérapeutes avant et pendant leur premier emploi. Elle passera nécessairement par une étape préalable de compréhension du contexte d'exercice. L'objectif secondaire est de cerner les facilitateurs conscientisés et qu'ils sont donc capables de solliciter. C'est pourquoi cette exploration se fera uniquement selon leur point de vue.

1.2. Devis de l'étude

En lien avec son objectif, l'étude est basée sur une méthode qualitative exploratoire. L'investigation a été réalisée par des entretiens semi-dirigés téléphoniques ou en visio-conférence d'une heure et demie maximum. L'outil d'investigation a été choisi car il apporte

un degré de liberté adapté à l’objectif d’exploration tout en prenant en compte les contraintes de faisabilité de cette étude (l’impossibilité de réaliser un suivi longitudinal). Il induit de facto des biais possibles liés aux omissions ou à la réflexivité des participants. Un guide d’entretien (cf. Annexe 12) a sous-tendu leurs conduites afin de recueillir des témoignages centrés sur notre problématique.

1.3. Recrutement et sélection des participants

Une publication sur les réseaux sociaux a permis le recrutement des candidats. Leur sélection est basée sur les critères suivants :

Critères d’inclusion	Critères d’exclusion
▪ Ergothérapeute DE ▪ Promotion 2022 et 2023 – tous IFE confondus	▪ Profil en reconversion professionnelle ▪ Poursuite d’études après obtention du DE d’ergothérapie ▪ Pratiques principales en libéral ou psychiatrie

Le critère de promotion vise à recueillir des témoignages au plus près de la transition et avec le recul d’une année. On vise a minima 2 entretiens pour chacune.

Les critères d’exclusion ont été établis sur la base de la recherche bibliographique. Ils renvoient à des spécificités possibles pouvant induire des biais concernant l’ergothérapeute, par exemple l’effet de l’expérience professionnelle (Seah et al., 2011), ou le terrain de pratique, par exemple la psychiatrie (Sweeney et al., 2001a). La pratique en libéral est d’emblée hors du périmètre de notre mémoire.

1.4. Analyse des résultats

Une analyse thématique comparative des entretiens est réalisée suivant 4 thèmes principaux : les stratégies anticipatoires facilitatrices, les caractéristiques du premier emploi et de son contexte, les difficultés rencontrées et enfin les nature et fonction des soutiens mobilisés ou souhaités. Par opportunité, des analyses sémantiques sont également envisagées. Ces techniques d’analyse permettent de faire ressortir convergences et divergences entre les interviewés aux regards d’une série de variables disponibles : caractéristiques de l’interviewé, terrain de pratique, attentes ...

1.5. Aspects éthiques

Cette recherche repose sur une collecte rétrospective de données non cliniques. Elles ne rentrent donc pas dans les catégories dites « loi Jardé » et « Hors loi Jardé ». Des mesures éthiques ont cependant été mises en place. Pour garantir la liberté des participants, chaque entretien débute par un rappel des conditions de traitement des données suivi par un recueil du consentement. Pour garantir la protection des données personnelles, l'ensemble des données sont anonymisées et tout élément permettant une identification supprimé. Les auteurs formalisent leur engagement au respect de ses mesures au travers d'un formulaire envoyé à chaque participant (Cf. Annexe 13).

2. Résultats

2.1. Profil des interviewés

Suite à la qualification de 9 réponses, 5 entretiens ont été menés. Les diplômés de 2023 ont étonnamment très peu répondu. Les caractéristiques des participants sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :

	E1	E2	E3	E4	E5
Promotion	2023	2023	2022	2022	2022
Expérience professionnelle en ergothérapie	3 mois sur 1 poste – CDD	7 mois sur 1 poste - CDD puis CDI	20 mois sur 1 poste - CDI	14 mois sur 2 postes (dernier poste 2 mois) – CDI	18 mois sur 1 poste - CDI
Terrain et contexte	SMR remplacement	Hôpital SMR court séjour remplacement longue durée	EHPAD	SMR	SMR

2.2. Les caractéristiques de l'emploi facilitant la transition

A l'exception d'E5, tous les interviewés initient leur recherche d'emploi en sollicitant leurs anciens tuteurs de stage. Cependant, rien dans les verbatims nous indique une intention autre que celle de trouver son premier emploi. Ce sont dans les critères cadrant leur recherche qu'on identifie 3 éléments visant à faciliter leur prise de poste en tant qu'ergothérapeute.

2.2.1. L'accès à des tiers

La première stratégie qui ressort chez tous les interviewés est de rechercher des emplois où ils pourront accéder à des tiers pour les orienter dans leur pratique. C'est pouvoir accéder à d'autres ergothérapeutes pour E1, E2, E4 et E5 : « ***enfin je préfère être dans une équipe d'ergothérapeutes plutôt que tout seul parce que je préférais, vue que j'étais débutant [...] avoir des gens avec de l'expérience qui puissent aussi me guider et m'orienter en cas de problème*** » (E1). Chez E4, le critère est présent mais reste moins prioritaire « ***ce n'était pas rédhibitoire s'il n'y avait pas d'autre ergo*** » (E4). On peut le mettre en lien avec un sentiment de compétence plus important dès la recherche d'emploi « ***Et en fait tous les domaines que j'avais vus en stage je me sentais plutôt à l'aise de les faire*** » (E4). Quant à E3, il projette d'exercer en gériatrie où l'accès à d'autres ergothérapeutes n'est pas garanti. Pour faciliter le recours à un tiers, il établit un critère sur l'organisation qui doit être une « ***institution*** » pour faciliter la réflexivité sur sa pratique « ***Derrière institution, je parle de travail en collaboration avec d'autres professionnels, en pluridisciplinarité. Pour moi, c'est important de pouvoir, juger ma pratique actuellement en fonction de la pratique des autres*** » (E3).

2.2.2. L'évitement de certaines populations

La seconde stratégie est l'évitement de certaines populations pour lesquelles le sentiment de compétence est nettement plus faible. C'est le cas pour E4 et E5 sur les suivis en neurologie mais cela ne les empêche pas de prendre un poste en SMR. En revanche, pour E1 et E2, des premières fonctions en pédiatrie sont impensables : « ***Je ne me sentais pas apte professionnellement à recevoir des enfants. [...] je ne me voyais pas prendre en charge les enfants pour vraiment un soin, pour une prise en charge, je ne me sentais pas*** » (E1).

capable de prendre en charge les enfants. » (E2). Assez intuitivement, l'évitement est lié également aux appétences de chacun. La psychiatrie est d'emblée et de manière catégorique éliminée des recherches pour E1, E2, E5 : **« AL : est-ce qu'il y a des terrains de pratique, tu t'es dit jamais même si je vois une offre ? E1 : euh ouais, plutôt la psychiatrie. Déjà dans mes stages je n'étais pas très attiré par ça et par la suite je n'ai pas du tout recherché là-dedans en tout cas. »** (E1).

2.2.3. Un temps de travail suffisant

E3 et E4 spécifient un critère de temps qui les aiderait à exercer conformément à leur vision de la pratique en ergothérapie. Pour E3, ce critère porte sur la charge hebdomadaire : **Je voulais un minimum de 80% sur un établissement. C'est pour pouvoir faire des projets à long terme. [...] vers 50% et moins de 50% dans les EHPADs, le problème c'est qu'on fait beaucoup de dispositifs médicaux et d'installations et très peu d'autres choses, ce qui se débloque en fait quand on peut un peu autonomiser les équipes. Donc moi c'était un de mes critères de sélection, donc c'était d'être sur un seul établissement et d'être au moins à 80% »** (E3). E4 verbalise le besoin d'une mission à long terme et à temps plein : **« je cherchais un temps plein, plutôt CDI ou en tout cas un CDD qui dure au moins un an [...]. Enfin c'est très personnel, parce que je trouve qu'en un ou 2 mois on n'a pas vraiment le temps de développer sa pratique, de connaître les équipes, ça peut être très très rapide. Donc j'avais besoin d'un temps un peu plus long »** (E4).

2.3. Le premier emploi

2.3.1. Un marché du travail favorable

Le marché du travail en 2022 et 2023 semble favorable aux nouveaux arrivants : les interviewés ont tous trouvé un emploi correspondant à leurs critères. E2, E3 et E5 sont même en position de choisir.

En dehors de la proximité au domicile, les verbatims sont peu informatifs sur la priorisation entre les différents critères de choix. Seul E2 apporte un éclairage sur son arbitrage et positionne le recours à des tiers « de confiance » comme le critère décisif : **« Ce n'était pas ce que je voulais. Moi je voulais vraiment un centre de rééducation. Là on n'est**

pas sûr de la rééducation, [...] Mais j'avais tellement bien accroché en stage. L'équipe, en fait, c'est l'équipe principalement, c'est l'équipe qui m'a motivé. » (E3). On notera que E1 et E2 exercent sur un ancien terrain de stage et E3 travaille dans le même groupe que son ancien tuteur mais dans une structure différente.

2.3.2. Un contexte organisationnel peu facilitant

Sur le contexte, il ressort dans tous les témoignages, que ni l'organisation ni l'encadrement sont des points d'appui pour les novices. L'organisation est mouvante pour E2, E3 et E4 : *« Donc du coup sur tous les ergos qui étaient sur le centre hospitalier, il y a eu un gros remodelage »* (E2) ; *« En fait, il y avait 2 documents, un document qui disait que lui c'était mon supérieur hiérarchique et un autre qui définissait qu'on était sur le même rang. Et du coup, ça a été un sujet de discussion. Parce que moi quand je suis arrivé, il y avait une directrice, mais j'ai dû la voir 3 semaines en tout. »* (E3) ; *« donc on s'est retrouvé on n'avait pas de cadre de santé, pas de directeur adjoint, pas de RH. On avait une dame qui faisait office de tout »* (E4) *« Et au fur et à mesure du poste il y a différentes missions qui se sont créées et notamment l'hôpital de jour neuro voilà...et ça c'était en janvier [...] donc j'avais eu 3 mois pour prendre mes marques »* (E4). L'encadrement est très peu présent ou absent par vacance de poste : *« le cadre m'a accueilli et m'a fait visiter le plateau technique, genre une demi-heure, en me donnant mes tenues, en me donnant les accès, ...enfin en signant le contrat, enfin tout ce qui est un peu administratif. »* (E5) ; *« je trouve que c'était compliqué de s'orienter dès le début... Et c'est donc, et bien débrouille-toi quoi ... bien les horaires, le cadre de santé ne m'avait pas prévenu »* (E1) ; *« Là, notre cadre c'est un peu compliqué. Elle est très gentille, mais elle est débordée et elle est à côté de la plaque. »* (E2).

2.4. Le vécu de la transition

2.4.1. Une période « intense » de quelques mois

Pour E1 et E2 la notion de transition est peu notable car ils exercent en continuité dans un ancien terrain de stage : *« Mais je pense le fait que j'avais déjà fait un stage dans le centre, je pense que ça aide beaucoup aussi, au fait que je me suis adapté peut-être plus*

vite tu vois. Voilà, ça fait que j'avais directement un peu mes repères quoi. » (E1) ; « Je suis en plein dans ce que j'ai vu quand j'étais en stage. Donc, il n'y a pas de surprise » (E2).

Pour E3, E4 et E5, la période est marquée par l'intensité du rythme et des apprentissages : ***« c'était express. Les 3 premiers mois sont passés, sont passés très très vite. Donc je dirais [...] intense et à la fois éducatif. » (E3) ; « alors très enrichissant, parce que du coup c'était très varié mais c'était aussi très enrichissant parce que du coup comme on n'avait pas de cadre, on faisait avec un collègue kiné et moi on faisait un peu office de cadre sans avoir de formation » (E4) ; « Il y a beaucoup moins d'automatismes et du coup quand tu rentres le soir, t'es KO » (E5).*** La notion de « choc » apparaît à demi-mots chez E4 : relater cette période génère encore au moment de l'interview une émotion importante. Elle qualifie la période d' ***« enrichissante et frustrante » (E4)*** mais décrit un faisceau de faits à faveur d'un épuisement professionnel. Le premier et le plus marquant concerne sa charge de travail inadaptée : ils sont 2 ergothérapeutes pour 130 lits et un hôpital de jour (*le minimum national serait plus autour de 7 sur la base de 0,1 ETP personnel rééducateur par lit (DREES, 2022)*). A cette charge, s'ajoute des fonctions du cadre de santé, absent par vacance de poste. Le second fait est l'existence d'un conflit éthique et de manque de sens dans sa pratique : concernant le soin apporté : ***« frustrant ouais c'était vraiment ça le fait de ne pas pouvoir, alors qu'il y avait plein de choses à faire et qui auraient pu être faites, et bien en fait les mettre en place de manière effective voilà, voilà les choses très ergo entre guillemets sur les mises en situation dont on vient de parler et frustrant du côté fatiguant d'avoir l'impression de demander les mêmes choses, de ramer, de ne pas avoir le temps, Enfin de mettre en danger les gens clairement. » (E4).*** Ce premier emploi, s'est conclu par des signalements aux autorités de santé et une démission.

2.4.2. Des difficultés variées et portant sur l'Agir de l'ergothérapeute

Les témoignages montrent une grande disparité dans les difficultés rencontrées d'un interviewé à l'autre. Elles convergent cependant sur deux points. Premièrement, elles concernent majoritairement l'Agir, la manière de pratiquer. Les difficultés concernant l'Etre émergent peu et sont exclusivement en lien avec l'absence de routines. Deuxièmement elles sont majoritairement en lien avec des habiletés non cliniques.

Ces habiletés non cliniques concernent :

- La capacité à gérer les aléas de planning rapporté par E1 : « ***Ce que j'ai surtout trouvé compliqué, c'était, l'organisation, en terme de... donc on a les séances tout ça qui sont construites, qui sont déjà planifiées, mais dès qu'on a une demande particulière, il faut savoir comment s'organiser, à quel moment je la prends...[...].Je trouve que c'était plutôt ça au début où j'étais un peu submergé entre guillemets*** » (E1).
- La capacité à trouver sa place au sein d'un collectif de travail. Elle est jugée difficile uniquement par E2 et E3 qui ne travaillent pas en SMR « ***Tu es professionnel donc t'es en capacité de faire les choses. Et ça au début c'était dur, vraiment trouver ma place.*** » (E2). Cette difficulté peut être mise en écho avec le manque de connaissances de la profession dans ces organisations. En effet, seuls E2 et E3 mentionnent ce besoin de rappeler le rôle de l'ergothérapeute : « ***c'est important d'en faire un peu des couches au début, pour dire moi je m'occupe de ça, je ne m'occupe pas de ça, c'est pas mon métier, ça c'est mon métier par contre pour que les gens qui sont en face de toi aient une définition claire de ton métier*** » (E3)
- La capacité à gérer des relations ou des situations thérapeutiques avec une forte dimension émotionnelle. Elle transparaît chez E1 et E3 : « ***Je trouve ça important de ... comment te dire, prendre du temps après le travail, pour souffler un bon coup entre guillemets, pour se laisser un peu de temps tranquille parce que je trouve que parfois, il y a des patients qui sont un peu plus compliqués à prendre que d'autres, qui sont parfois un peu plus touchants que d'autres aussi.[...] de ne pas de pas faire genre j'ai rien senti et j'ai tout oublié quoi. De vraiment prendre ce petit temps un peu de santé mentale, de ..de décompression.*** » (E1) et « ***l'EHPAD c'est quand même très très intense, et je ne le pensais pas. [...] c'est vrai que c'était difficile émotionnellement et en fait, parce qu'en EHPAD ça renvoie beaucoup à la mort [...] ... et c'est là que je me suis dit bon « si tu veux progresser ... enfin si tu veux continuer en tout cas et pas finir dépressif, il faut que... il faut que tu te mettes des barrières*** » (E3).

Sur les habiletés cliniques, la difficulté d'établir un plan d'intervention ressort mais n'est verbalisée que par E2 : **« c'est vraiment sur comment tu réalises ton plan d'intervention, [...] c'est vraiment dans la priorisation, on va dire des objectifs, de comment je les détermine, etc... Je ne savais pas trop si c'était la bonne chose, le bon objectif au bon moment, si c'était pertinent, si on fait trop de moteur pas assez d'occupationnel »** (E2).

Enfin, le « positionnement » a mis en difficulté E2 et E3 : **« Je me sentais déjà incapable [...] enfin le positionnement, j'en avais des bribes d'information »** (E3). Un rôle particulier de cette habileté pour les ergothérapeutes interviewés apparaît dans les verbatims. Cette expertise clinique est aussi reconnue et attendue par les autres professionnels. Elle peut ainsi contribuer à construire leur légitimité auprès des équipes de soin : **« ça me renvoyait beaucoup de responsabilités assez rapidement, sachant qu'on parlait de risque d'escarres, de ...enfin d'un positionnement qui était lourd et c'est vrai que là c'était assez technique, autant dans le positionnement, que dans l'éducation, on va dire des soignants aux bonnes pratiques aussi. Et c'est vrai que les 2 corrélés, et ben je ne me sentais pas, je ne me sentais pas expert du coup dans la situation ... et du coup je ne me sentais pas légitime de leur dire non non mais il faut faire comme ça alors que j'en avais jamais fait avant et et voilà et que je ne savais pas si ça allait marcher ou pas du tout. »** (E3).

2.4.3. L'émergence assez rapidement d'un sentiment de compétence

Après 3 mois, E3 et E5 décrivent des difficultés amoindries, une plus grande aisance dans leur pratique grâce au développement de routines et la possibilité de voir l'effet de leurs interventions : **« Au bout de ...de 3 mois assez rapidement en fait. Je me suis mis dans le bain. [...] beaucoup plus spontanément et de manière plus réfléchie, j'arrivais à tout autant à mobiliser les équipes, que savoir répondre, en tout cas à une majorité de problématiques qu'on retrouvait sur l'établissement. »** (E3) ; **« ça prend au moins 3 mois je pense. Une fois que t'as fait une ou 2 prises en charge de A à Z, tu te dis et bien c'est bon j'ai compris le principe, j'arrive à dérouler, t'es familiarisé avec tout, t'as plus besoin de poser de questions. »** (E5)

2.5. Les facilitateurs à la prise de poste

Seul E3 a bénéficié d'un accompagnement dès sa prise de poste par son ancien tuteur de stage. On ne connaît pas cependant l'origine de cette initiative. Les autres participants ne rapportent aucun élément prévu par les organisations tel que guide du nouvel arrivant, présentation des procédures courantes comme la visite à domicile, la gestion du planning. Les facilitateurs sont donc souvent de leur initiative.

2.5.1. La primauté du soutien immédiat des tiers

Tous les discours témoignent du recours à des tiers. Ces tiers sont présents sur le lieu d'exercice et sont en première ligne les autres ergothérapeutes de l'équipe : **« on va dire 80% de mes questions, c'est les ergos qui ont su y répondre. »** (E5) ; **« ce qui a pu m'aider c'est vraiment pour le coup mon collègue ergo »** (E4) ; **« Je savais que j'étais accompagné quoi, je savais vers qui me tourner et du coup la première semaine, j'étais là : « alors je fais ça, qu'est-ce que tu me conseilles ? »** (E2). Pour E1, qui effectue un remplacement de courte durée, ce soutien est indirect via les transmissions : **« ça m'a beaucoup aidé parce que ça te dit directement ce que tu dois faire avec tel patient, la pathologie tout ça. »** (E1).

E3 qui a un accès à son ancien tuteur de stage désigne en première et principale ressource une aide-soignante : **« Je me suis appuyé [...] sur une aide-soignante notamment au début [...] qui a fait beaucoup, qui était riche d'expériences, et avec qui on a fait beaucoup de d'accompagnements, de fin de vie, soins pal. [...] avec l'aide-soignante, on essayait vraiment de travailler sur comment optimiser justement un peu le quotidien parce que c'était plus les soignants qui sont dans le quotidien. Donc j'ai fait un petit doublon avec elle. »** (E3). Il mentionne rapidement un réseau informel d'échanges entre les ergothérapeutes du même groupe. Cependant, ce réseau semble avoir été mobilisé plus tardivement, probablement le temps de faire connaissance : **« on s'est fait un petit réseau intra-groupe, où on peut se poser des questions quand on est en difficulté et ça, c'est une grande ressource aussi. »** (E3).

Un deuxième niveau d'aide est apporté par les médecins et les prestataires de matériels médicaux pour E2 et E3 qui exercent en hôpital et en EHPAD. En SMR, l'équipe pluridisciplinaire assure ce niveau de soutien. Cette différence nous semble cohérente avec

des pratiques interdisciplinaires généralement plus institutionnalisées en SMR, par la configuration des lieux, les réunions de coordination : « ***Sachant que nous sur le plateau technique, on est tous à côté. [...] dès qu'on a une question, soit on prend le téléphone, soit on passe juste la porte et on va voir la personne dont on a besoin et c'est ce qui fait que les échanges sont très très facilités.*** ».

E1 qui exerce dans le cadre d'un remplacement de courte durée en SMR semble être le plus isolé : « ***Si vraiment c'était trop galère tout ça, je demandais quand même conseil à d'autres ergo et puis à des moments, ben y a pas grand monde non plus ou alors les autres sont occupés, donc faut bien se débrouiller tout seul*** » (E1).

2.5.2. Des fonctions de préceptorat et mentorat généralement intriquées

Pour E2, E4 et E5, le soutien principal, celui apporté par les pairs ergothérapeutes, couvre les fonctions de préceptorat (support sur la clinique) et de mentorat (support sur les autres compétences) : « ***je me questionne sur ce patient, on va plutôt le faire en fin de journée, quand on sait qu'on n'a plus de prise en charge pour avoir plus de discours. Après, au cours de la journée, c'était plutôt des questions techniques [...] c'est pas vraiment sur le questionnement d'une prise en charge mais sur un geste*** » (E5) puis en référence à la relation thérapeutique. « ***T'as toujours un peu ces questionnements et pareil, je vais voir quand même les collègues pour savoir si ça va, s'il y a besoin de plus cadrer.*** » (E5)

Ce mélange des fonctions semble être davantage lié à la relation de confiance et à l'absence de hiérarchie qu'au fait de partager la même profession : « ***Moi j'ai eu beaucoup de chance, c'est qu'on est une équipe très jeune [...] c'est vrai que le fait qu'on soit très jeune et bien tout de suite on se posait toutes des questions entre nous et donc c'était beaucoup plus facile.*** » E5 ; E2 en référence à ses collègues « ***Vraiment ça, on a vraiment bien, bien accroché*** » (E2). Par opposition, E3 distingue très clairement ces fonctions et sollicite son ancien tuteur de stage, uniquement pour les habilités non cliniques : en référence aux soutiens sur des problématiques techniques, « ***Alors de manière générale, j'évitais mais par contre on s'est beaucoup plus vu, de manière générale peut-être toutes***

les 2 semaines, mais plutôt dans le cadre perso pour savoir comment ça allait et comment ça se passait.» (E3).

En fond et par itérations avec les questionnements aux tiers, E3 et E5 explicitent des recherches personnelles à domicile : ***« A la maison, je faisais tout ce qui est recherches sur les pathologies personnelles, sur les aides techniques, sur les choses que j'aurais besoin d'utiliser, mais moins sur les prises en soin. » (E5)***

2.5.3. La maîtrise du temps facilitateur présent mais peu conscientisé

La charge de travail n'est jamais mentionnée spontanément et ce quelle que soit la promotion. Après questionnement, on note qu'elle a pu être un soutien pour E1, E2, et E5 : ***« Quand tout le monde est là, je ne suis pas débordé par le travail. » (E2) ; « C'est pas comme une journée de cours, c'est un peu plus fort, mais oui, c'est largement gérable » (E1) ; « Et par contre à partir du moment où j'ai commencé à avoir mes vraies journées, ... [...] ça va, j'ai su maîtriser à peu près facilement, surtout que ce n'est pas venu d'un coup en fait, c'est venu graduellement. » (E5)***

Avec le recul, le principal conseil qu'E3 retient de son tuteur concerne également cette charge de travail. Il conseillerait à un novice : ***« de prendre les 3 premiers mois, on va dire, pour vraiment découvrir et approfondir la pratique »***. Son tuteur lui avait apporté : ***« pas mal de conseils sur comment exploiter mon temps, sur aussi le fait de ne pas aller trop vite au début, ne pas trop monter en charge au début » (E3).***

Et pourtant, ce temps « disponible » permet le questionnement pour élaborer ses interventions : ***« Mais c'est vrai qu'au début j'avais besoin de me poser, de me dire : là, il faut que je travaille ça, où j'en suis là avec lui, faut que je fasse les bilans, faut que, là je m'étais dit, ah oui, c'est vrai pour son retour, il faut que je fasse çaEnfin c'est des choses où t'as besoin de les caler sur papier pour savoir où t'en es. »***. A l'inverse E4 constate les effets de ce manque de temps : ***« Moi en tant qu'ergo les difficultés, vraiment par rapport au métier c'était au niveau des comptes rendus et des plans des soins parce qu'en fait j'avais pas vraiment le temps de faire des objectifs etc. Alors je ne les aurais pas faits aussi détaillés qu'on a pu le voir en théorie mais en tout cas de se poser et de prendre un temps » (E4).*** Mais encore une fois, l'effet de la charge de travail semble moins conscientisé.

On le note avec le décalage entre le qualificatif « *importante* » (E3) en référence à sa charge de travail alors qu'elle exerce très nettement en situation de sous-effectif.

Discussion

1. Comparaisons à la revue de littérature

1.1. Sur le contexte

Contrairement à ce que laissait présager les données d'emploi, les participants sont majoritairement en CDI. Les témoignages permettent de mieux appréhender les impacts de la précarité de l'emploi. Au-delà de la typologie du contrat, c'est avant tout la capacité à s'inscrire dans un temps long qui semble faciliter la transition professionnelle. Le temps permet de développer des routines, de créer les liens qui permettront de solliciter des soutiens. A ce titre, E1 qui est le seul à réaliser un remplacement de court terme est aussi celui qui semble être le plus isolé dans sa pratique.

L'étude apporte aussi un éclairage sur la recherche d'emploi, période absente dans la littérature. Il en ressort deux éléments. Premièrement, l'accès au soutien de tiers est un des critères de recherche. Deuxièmement, l'étude de cette période traduit une situation du marché du travail relativement favorable. En effet, tous les interviewés ont peu de difficultés à trouver un emploi qui corresponde à leurs critères et nombreux sont en position de choix. Nous en déduisons, une position plus confortable de transition par rapport à un emploi qui serait pris par dépit.

1.2. Sur le « Devenir ergothérapeute »

La temporalité

A l'exclusion d'E4, les témoignages ne traduisent pas réellement de choc à la prise de fonction. On retrouve cependant des éléments apportés par les modèles de la transition. La notion d'une première période de 3 mois intense en apprentissages ressort chez E3 et E5 comme dans le modèle Tryssenaar et Perkins (2001). Un sentiment de confiance accru dans sa pratique est également exprimé au passage de ce pallier comme dans le modèle de Hummell et Higgs (2010).

Les difficultés rencontrées

Par rapport à la littérature, les difficultés en lien avec l'Etre de l'ergothérapeute sont moins prédominantes à l'exclusion du manque de routines. D'autre part, la coexistence de différentes approches de l'ergothérapie, n'est pas, quand elle est verbalisée, problématique au sein des équipes d'ergothérapeutes. E4 et E5 décrivent une approche d'emblée centrée sur l'occupation et n'introduisent pas de séquence dans les approches comme suggéré par Di Tommaso et al. (2019) : d'abord une phase analytique puis une phase centrée sur l'occupation.

Concernant l'Agir, l'ensemble des difficultés rapportées dans la littérature se retrouve globalement dans les témoignages mais sont dispersées sur tous les intervenants. L'étude montre ainsi qu'il ne s'agit pas d'un tableau homogène de difficultés mais hétérogène et lié à des contextes différents. Plus spécifiquement, l'étude a permis de conforter les résultats de Robertson & Griffiths (2009) sur la communication : c'est avant tout le relationnel avec l'ensemble du personnel soignant qui pose des difficultés et non pas celui avec les patients ou leurs aidants. De plus, ce point est uniquement rapporté pour les pratiques hors SMR, où les ergothérapeutes sont peu nombreux voire seuls. Enfin, sur ces mêmes terrains de pratique, les témoignages mettent en exergue par rapport à la littérature, le rôle particulier de la technique de positionnement. Cette habileté est reconnue et attendue des ergothérapeutes. Sa maîtrise pourrait assoir donc indirectement la reconnaissance de sa compétence par les autres soignants.

1.3. Sur les facilitateurs

1.3.1. La supervision recherchée et mobilisée facilite la construction du sentiment de compétence

L'étude corrobore l'ensemble des éléments mis en évidence dans la littérature.

La supervision est tout d'abord évidente pour les novices et figure dans les critères de choix du premier emploi. A la prise de poste, elle se met en place de manière opportuniste et à l'initiative des novices. Les témoignages montrent comme dans le modèle Holland et al. (2012), qu'elle alimente avant tout une réflexivité sur l'action et concoure ainsi à la

construction du sentiment de compétence. Les fonctions de préceptorat et de mentorat sont intriquées et sont portées généralement par les mêmes personnes. Ces dernières ont dans tous les témoignages deux caractéristiques : leur accessibilité immédiate et la confiance que leur confère les novices. Enfin, en écho aux conclusions de Sweeney et al. (2001b), le témoignage de E3 montre que l'existence de liens hiérarchiques ou du moins d'influence, peut inhiber la mobilisation de ces mêmes personnes.

1.3.2. L'impensé de la charge de travail

La question de la charge de travail est absente de la littérature. Les participants témoignent que lorsqu'elle est adaptée ou « *progressive* » (E5), elle facilite les temps de réflexivité et d'échanges sur la pratique. En ce sens elle serait un facilitateur certes indirect mais puissant à la construction du sentiment de compétence. Même si ce constat peut sembler comme une évidence, il est peu conscientisé et ne fait encore moins l'objet d'un critère de choix du premier emploi.

2. Limites et biais de l'étude

Les plus jeunes praticiens (promotion 2023) sont très légèrement sous représentés par défaut de réponse à la demande de témoignage. De plus, tous les participants ont pu avoir accès à un pair ergothérapeute pendant leurs premiers mois d'exercices. Ces deux caractéristiques des participants, associés aux biais méthodologiques préalablement identifiés (omissions et réflexivité sur les faits) peuvent avoir contribué à atténuer dans les verbatims les effets de choc potentiel durant les premiers mois.

L'échantillonnage n'a pas permis d'explorer des parcours de transition marqués par des enchaînements de CDD bien que le phénomène apparaisse dans les statistiques. C'est l'une des principales limites de cette étude.

Conclusion

Cette étude a permis d'apporter un premier éclairage sur la transition professionnelle des jeunes ergothérapeutes en France.

La revue de littérature préalable synthétisée sous le prisme du M.O.H. a donné une compréhension de la dynamique de la transition vécue à l'étranger comme un « choc de réalité ». Ce choc s'expliquerait par l'absence de point d'appui pour le novice qui doit adapter à la fois l'Etre ergothérapeute, et notamment sa perception du rôle de la profession et son Agir, la manière de l'exercer. Les témoignages de l'enquête terrain sont venus nuancer cette lecture sur deux points. D'une part, l'existence d'un choc ressort peu, la période est d'avantage marquée par l'intensité des apprentissages. D'autre part, les difficultés qu'ils rencontrent concernent majoritairement, l'Agir. Sur l'Etre, les jeunes novices démontrent une conscience de leur rôle assez établie, et leur difficulté se résume assez naturellement à un manque de routine.

L'enquête terrain conforte le rôle prédominant de la supervision dans la transition. En préparation et dès les premiers mois d'exercice, la supervision par des tiers, préférablement ergothérapeutes, est à la fois recherchée et mobilisée par les novices. Sa fonction est avant tout d'alimenter la réflexivité des jeunes praticiens sur des habilités techniques, dans sa fonction de préceptorat, ou sur des habilités transversales, dans sa fonction de mentorat. Cette supervision facilite ainsi la construction de leur sentiment de compétence.

Cette supervision est majoritairement situationnelle et discrétionnaire : elle est à l'initiative du novice, réalisée de manière opportuniste pendant l'exercice et sur le lieu de pratique. Elle est également marquée par le lien de confiance réciproque entre le novice et les personnes mobilisées. De fait, elle est favorisée par l'absence de lien de hiérarchie ou d'influence. Ces caractéristiques soulèvent un paradoxe : à la fois cette supervision semble nécessaire à la construction du sentiment de compétence mais ses caractéristiques la rendent difficile à organiser pour la promouvoir. Est-ce à dire que rien n'est à penser aux niveaux des structures d'accueil ? Les résultats de l'enquête terrain ouvrent une première piste de réflexion sur l'adaptation transitoire de la charge de travail qui reste à explorer.

Bibliographie

- ANACT, INRS, & DGT. (2015). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir*. <https://www.anact.fr/le-syndrome-depuisement-professionnel-ou-burnout-mieux-comprendre-pour-mieux-agir>
- Annexe II Référentiel de compétences - Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute., 178 (2010). <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/bulletins-officiels-et-documents-opposables/article/bulletins-officiels-sante-protection-sociale-solidarite-2010>
- ARS, Auvergne Rhône-Alpes. (2024). *Annuaire des professionnels intervenant dans le système de santé—Région AURA* [jeu de données]. <https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/annuaire-des-professionnels-de-sante>
- Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D., & Desrosiers, J. (2015). Clinical Reasoning Process : Cornerstone of Effective Occupational Therapy Practice. In I. Söderback, *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (p. 73-82). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-08141-0_5
- CATEL, & ANFE. (2014). *Enquête nationale sur la démographie et les activités des ergothérapeutes en France—Situation au 01/01/2014*.
- Céreq. (2010). *Quand l'école est finie. Premiers pas dans la vie active de la Génération 2007* (Céreq Enquêtes). Céreq. <https://www.cereq.fr/quand-lecole-est-finie.%20Generation-2017>

- Céreq. (2017). *Quand l'école est finie. Premiers pas dans la vie active de la Génération 2013* (Céreq Enquêtes). Céreq. <https://www.cereq.fr/quand-lecole-est-finie.%20Generation-2017>
- Céreq. (2022). *Quand l'école est finie. Premiers pas dans la vie active de la Génération 2017* (3; Céreq Enquêtes). Céreq. <https://www.cereq.fr/quand-lecole-est-finie.%20Generation-2017>
- CNSA. (2008). *Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012*. <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-et-plans-nationaux/les-plans-alzheimer-ou-maladies-neurodegeneratives>
- Cusick, A., McIntosh, D., & Santiago, L. (2004). New graduate therapists in acute care hospitals : Priorities, problems and strategies for departmental action. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51(4), 174-184. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2004.00380.x>
- Di Tommaso, A., Wicks, A., Scarvell, J., & Isbel, S. (2019). Experiences of occupation-based practice : An Australian phenomenological study of recently graduated occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(7), 412-421. <https://doi.org/10.1177/0308022618823656>
- DREES. (2014). Métiers de la rééducation : Des professionnels toujours plus nombreux. *DREES*, 895. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/metiers-de-la-reeducation-des-professionnels-toujours-plus>
- DREES. (2020). Métiers de la rééducation de niveau bac+3 ou plus : Davantage de diplômés et une bonne insertion professionnelle. *DREES*, 1159. <https://drees.solidarites->

sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/metiers-de-la-reeducation-de-niveau-bac3-ou-plus-davantage-de

DREES. (2022). *Les établissements de santé—Édition 2022* (Panoramas de la DREES). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/les-etablissements>

DREES. (2024a). *Démographie des professionnels de santé. Séries de 2012 à 2023* [jeu de données]. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

DREES. (2024b). *La formation aux professions de santé—Jeux de données 2012, 2017, 2022* [jeu de données]. https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/491_la-formation-aux-professions-de-sante/information/

Feretti, A., Kupczynski, L., & Groff, S. (2019). Face-To-Face Compared to Videoconference Mentoring in Outpatient Physical and Occupational Therapy. *Journal of Hand Therapy*, 32(4), 557. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2019.09.016>

Fitzgerald, C., Moores, A., Coleman, A., & Fleming, J. (2015). Supporting new graduate professional development : A clinical learning framework. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 13-20. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12165>

Fortune, T., Ryan, S., & Adamson, L. (2013). Transition to practice in supercomplex environments : Are occupational therapy graduates adequately prepared? *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(3), 217-220. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12010>

- Gibson, D., Velde, B., Hoff, T., Kvashay, D., Manross, P. L., & Moreau, V. (2000). Clinical Reasoning of a Novice versus an Experienced Occupational Therapist : A Qualitative Study. *Occupational Therapy In Health Care*, 12(4), 15-31.
https://doi.org/10.1080/J003v12n04_02
- Guichard, J., & Huteau, M. (2022). Sentiment de compétence. In *Orientation et insertion professionnelle : 75 concepts clés* (p. 397-400). Dunod.
<https://unr.ra.scholarvox.com/book/88926828>
- Guillemette, F. (2016). Introduction : La pratique réflexive, tout le monde en parle, mais.... *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(1), 1-6.
<https://doi.org/10.7202/1035192ar>
- Hanson, D. J., & Deluliis, E. D. (2015). The Collaborative Model of Fieldwork Education : A Blueprint for Group Supervision of Students. *Occupational Therapy In Health Care*, 29(2), 223-239. <https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1011297>
- H.A.S. (2012). *Accident vasculaire cérébral : Méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte* [Recommandation de bonnes pratiques].
- Heslon, C. (2021). Chapitre 3. Pages et passages d'âge. In *Psychologie des âges de la vie adulte* (p. 79-103). Dunod. <https://www.cairn.info/psychologie-des-ages-de-la-vie-adulte--9782100829309-p-79.htm>
- Holland, K., Middleton, L., & Uys, L. (2012). Professional confidence : A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(2), 214-224.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2011.583939>

- Hummell, J., & Higgs, J. (2010). Professional Development Transition. *Focus on Health Professional Education: A Multi-Professional Journal*, 12(2), 1-13.
<https://doi.org/10.3316/informit.575331235153462>
- INSEE. (2006). Les évolutions démographiques des professions de santé. *INSEE*.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372019?sommaire=1372045>
- INSEE. (2024). *Population totale au 1er janvier—France (inclus Mayotte à partir de 2014)* Identifiant 001641586 [jeu de données].
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001641586>
- Jones, K. B., Schell, B. A. B., Neville, M., & Pickens, N. D. (2023). Novice Occupational Therapy Practitioners' Use of Occupation in Practice : A Scoping Review. *Occupational Therapy in Health Care*, 37(2), 210-229.
- Kasar, J., & Muscari, M. E. (2000). A Conceptual Model for the Development of Professional Behaviours in Occupational Therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 42-50. <https://doi.org/10.1177/000841740006700107>
- Kielhofner, G., & Forsyth, K. (1997). The Model of Human Occupation : An Overview of Current Concepts. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(3), 103-110.
<https://doi.org/10.1177/030802269706000302>
- Larousse, É. (s. d.). Tuteur. In *Larousse en ligne*. Consulté 5 janvier 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tuteur/80319>
- Larousse, É. (2023). Transition. In *Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transition/79157>

- Larousse, É. (2024). Superviser. In *Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/superviser/75502>
- Moir, E. M. A., Turpin, M. J., & Copley, J. A. (2021). The Clinical Challenges Experienced by New Graduate Occupational Therapists : A Matrix Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 88(3), 200-213.
- Morel-Bracq, M.-C., Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., & Hernandez, H. (2021). Une approche historique du développement de l'identité professionnelle des ergothérapeutes en France : L'évolution des valeurs et intérêts des ergothérapeutes à travers le temps. *Ergothérapies*, 81, 7.
- Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>
- Morley, M. (2009). Contextual Factors That Have an Impact on the Transitional Experience of Newly Qualified Occupational Therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(11), 507-514. <https://doi.org/10.4276/030802209X12577616538753>
- Murray, C., Turpin, M., Edwards, I., & Jones, M. (2015). A qualitative meta-synthesis about challenges experienced in occupational therapy practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(9), 534-546. <https://doi.org/10.1177/0308022615586786>
- Robertson, L. J., & Griffiths, S. (2009). Graduates' Reflections on their Preparation for Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 125-132. <https://doi.org/10.1177/030802260907200307>

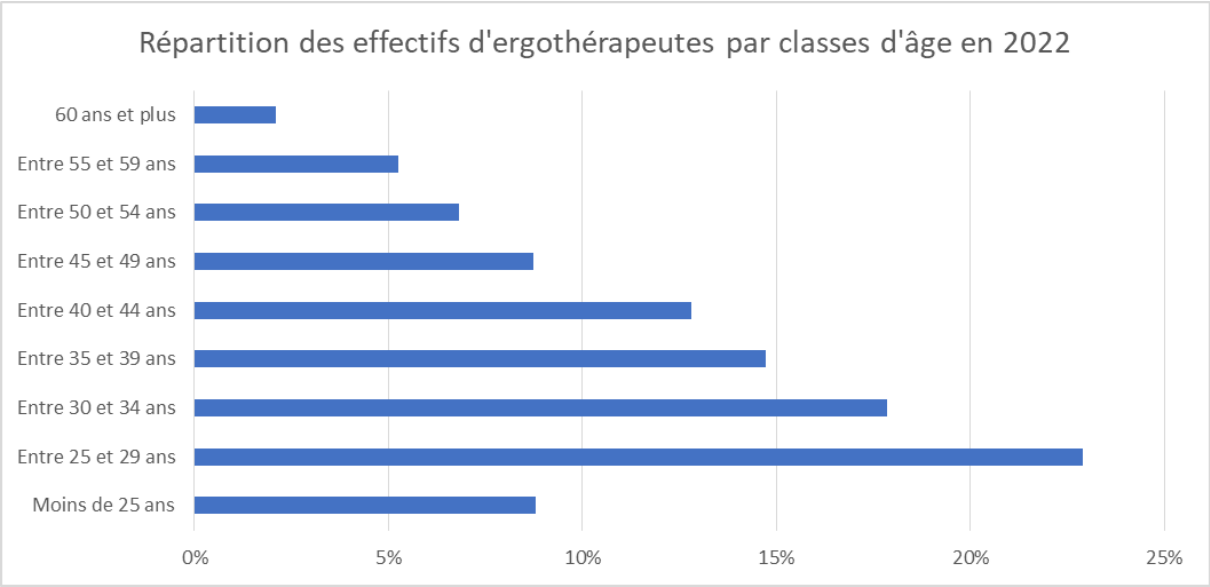
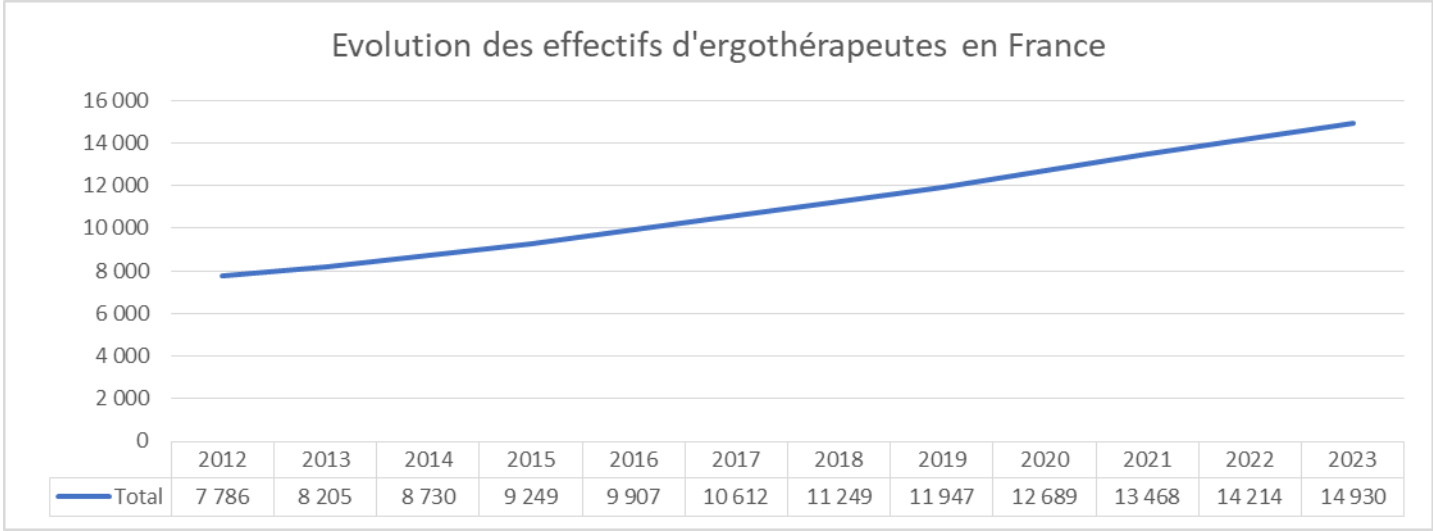
- Seah, C. h., Mackenzie, L., & Gamble, J. (2011). Transition of graduates of the Master of Occupational Therapy to practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(2), 103-110. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00899.x>
- SIFEF. (s. d.). <https://sifef.fr/>. Consulté 8 janvier 2024, à l'adresse <https://sifef.fr/>
- SIFEF. (2024, janvier 8). *IFE Français*. SIFEF. <https://sifef.fr/ife-francais/>
- Sweeney, G., Webley, P., & Treacher, A. (2001a). Supervision in Occupational Therapy, Part 1 : The Supervisor's Anxieties. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(7), 337-345. <https://doi.org/10.1177/030802260106400704>
- Sweeney, G., Webley, P., & Treacher, A. (2001b). Supervision in Occupational Therapy, Part 2 : The Supervisee's Dilemma. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(8), 380-386. <https://doi.org/10.1177/030802260106400802>
- Sweeney, G., Webley, P., & Treacher, A. (2001c). Supervision in Occupational Therapy, Part 3 : Accommodating the Supervisor and the Supervisee. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(9), 426-431. <https://doi.org/10.1177/030802260106400902>
- Thébault, J. (2013). *La transmission professionnelle : Processus d'élaboration d'interactions formatives en situation de travail. Une recherche auprès de personnels soignants dans un Centre Hospitalier Universitaire*. [Phdthesis, Conservatoire national des arts et metiers - CNAM]. <https://doi.org/10/document>
- Thébault, J. (2018). La transmission professionnelle en situation de travail : Une approche ergonomique. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 141, Article 141. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.5368>

- Toal-Sullivan, D. (2006). New Graduates' Experiences of Learning to Practise Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(11), 513-524.
<https://doi.org/10.1177/030802260606901105>
- Tryssenaar, J., & Perkins, J. (2001). From Student to Therapist : Exploring the First Year of Practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 19-27.
<https://doi.org/10.5014/ajot.55.1.19>
- World Federation of Occupational Therapists. (2024, janvier 1). *About Occupational Therapy* (<https://wfot.org/>) [Text/html]. WFOT; WFOT. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- Yonge, O., Billay, D., Myrick, F., & Luhanga, F. (2007). Preceptorship and mentorship : Not merely a matter of semantics. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4, Article19. <https://doi.org/10.2202/1548-923x.1384>

Table des annexes

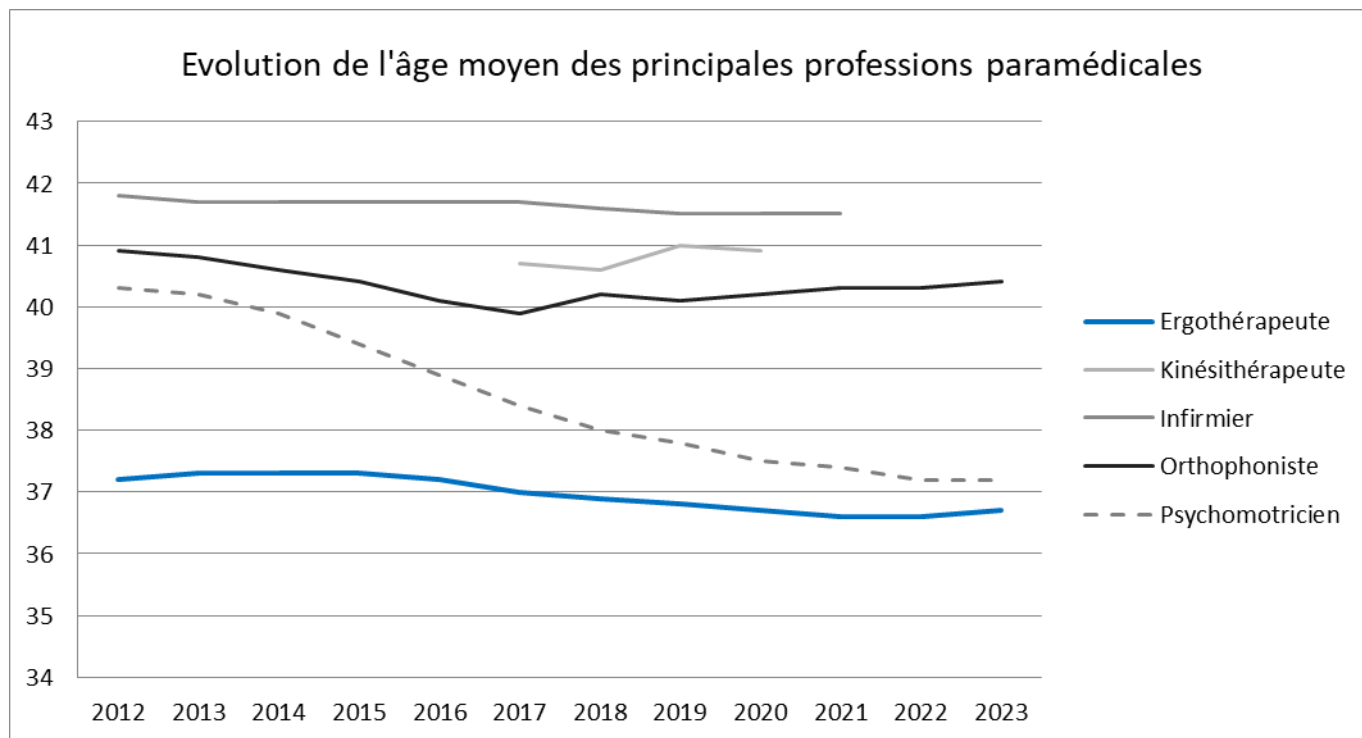
Annexe 1 - Données démographiques sur la population des ergothérapeutes français	55
Annexe 2 - Evolution âge moyen des principales professions paramédicales	56
Annexe 3 - Effectifs actifs âgés de moins de 25 ans	57
Annexe 4 - Evolution de la répartition des ergothérapeutes âgés de moins de 25 ans par lieu de pratique	58
Annexe 5 - Densité régionale des ergothérapeutes	59
Annexe 6 - Nombre de structures par département de la région AURA où seul un ergothérapeute exerce	60
Annexe 7 - Capacités hospitalières (MCO, SSR, USLD*, Psychiatrie) et effectifs	61
Annexe 8 - Les étapes de la transition suivants la littérature anglo-saxonne	62
Annexe 9 - Les facteurs du raisonnement clinique en ergothérapie	63
Annexe 10 - Le processus de construction du sentiment de compétence	65
Annexe 11 - Les comportements professionnels de l'ergothérapeute	66
Annexe 12 - Grille d'entretien	67
Annexe 13 - Formulaire d'engagement de la protection des données	70
Annexe 14 - Résumé / Abstract	72

Annexe 1 - Données démographiques sur la population des ergothérapeutes français



Source données : Répertoire ADELI au 1^{er} Janvier. Seuls les effectifs actifs sont comptabilisés (ayant déclaré une activité libérale ou salariée dans l'année considérée). (DREES, 2024a)

Annexe 2 - Evolution âge moyen des principales professions paramédicales



Sources données : Répertoire ADELI & ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier 2020 - (DREES, 2024a)

Annexe 3 - Effectifs actifs âgés de moins de 25 ans

	2012	2017	2022
Actifs de moins de 25 ans	558	1 007	1 252
Nombre de diplômés hors VAE	451	742	883
Rapport Actifs de moins de 25 ans au nombre de diplômés	1,2	1,4	1,4

Sources données : Répertoire ADELI au 1^{er} janvier & Enquête formation (DREES, 2024a, 2024b)

Annexe 4 - Evolution de la répartition des ergothérapeutes âgés de moins de 25 ans par lieu de pratique

	2012		2017		2022	
	Total	Moins de 25 ans	Total	Moins de 25 ans	Total	Moins de 25 ans
Part dans l'effectif total		7%	100%	9%	100%	9%
Répartition des effectifs par lieu principal d'activité*						
Hôpitaux publics	47%	47%	48%	54%	48%	47%
Etablissement privé ESPIC	17%	14%	14%	11%	12%	10%
Etablissement privé lucratif	11%	15%	11%	11%	10%	12%
Etablissement pour handicapés	19%	16%	17%	13%	15%	13%
Cabinet individuel	5%	5%	7%	7%	12%	13%
Cabinet de groupe-société	1%	3%	2%	3%	3%	4%
Centre de santé	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Entreprise d'Intérim	0%	1%	0%	1%	0%	0%
Prévention et soins en entreprise	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Source données: Répertoire ADELI au 1^{er} janvier (DREES, 2024a)

* Lieu où le praticien déclare occuper le plus de son temps professionnel

Annexe 5 - Densité régionale des ergothérapeutes

Région	Nombre de professionnels pour 100 000 habitants
Bretagne	28,0
La Réunion	25,1
Auvergne-Rhône-Alpes	24,6
Hauts de France	24,3
Grand Est	23,9
Occitanie	23,5
Pays de la Loire	22,1
Ensemble	22,0
Nouvelle Aquitaine	21,7
Normandie	21,4
Île-de-France	20,1
Guadeloupe	19,8
Bourgogne-Franche-Comté	19,2
Centre –Val de Loire	19,1
Provence-Alpes-Côte d’Azur	17,5
Guyane	16,6
Martinique	15,1
Corse	14,9
Mayotte	4,0

Source données : Répertoire ADELI au 1^{er} Janvier (DREES, 2024a)

Annexe 6 - Nombre de structures par département de la région AURA où seul un ergothérapeute exerce

Département	Nombre de structures avec au moins un ergothérapeute	Nombre de structures avec un seul ergothérapeute	<i>Ratio</i>
01	94	61	65%
03	40	26	65%
07	55	42	76%
15	29	21	72%
26	101	76	75%
38	190	136	72%
42	99	72	73%
43	22	16	73%
63	88	59	67%
69	322	219	68%
73	60	43	72%
74	131	86	66%
Total	1231	857	70%

Source données: Répertoire ADELI au 1^{er} mai 2023 (ARS, Auvergne Rhône-Alpes, 2024)

Annexe 7 - Capacités hospitalières (MCO, SSR, USLD*, Psychiatrie) et effectifs

<i>En milliers</i>	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	Evolution 2019 Vs 2013
Nombre de lits d'hospitalisation complète (MCO, Psychiatrie, SSR, USLD)	413	411	408	404	399	395	392	387	-5%
Nombre de lits d'hospitalisation partielle (MCO, Psychiatrie, SSR)	68	70	72	73	75	77	78	80	16%
Nombre de lits d'hospitalisation complète & partielle	481	480	480	478	474	472	470	467	-2%
Population totale	65 565	66 131	66 422	66 603	66 774	66 992	67 258	67 442	3%
Personnel non médical soignant (Exclut Infirmier et aide-soignant)	223	223	222	220	216	210	209		-7%
Ratio Personnel non médical soignant Pour 100 lits	46,5	46,5	46,2	46,0	45,5	44,4	44,4		-5%
Ratio Personnel non médical soignant Pour 1000 habitants	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1		-9%

*MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

Personnel non médical soignant: personnel d'encadrement des services de soins, psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes (non médecins), les agents de service hospitalier (ASH) et personnel de rééducation.

Sources données : (DREES, 2022; INSEE, 2024)

Annexe 8 - Les étapes de la transition suivants la littérature anglo-saxonne

Le modèle de Tryssenaar & Perkins (2001)

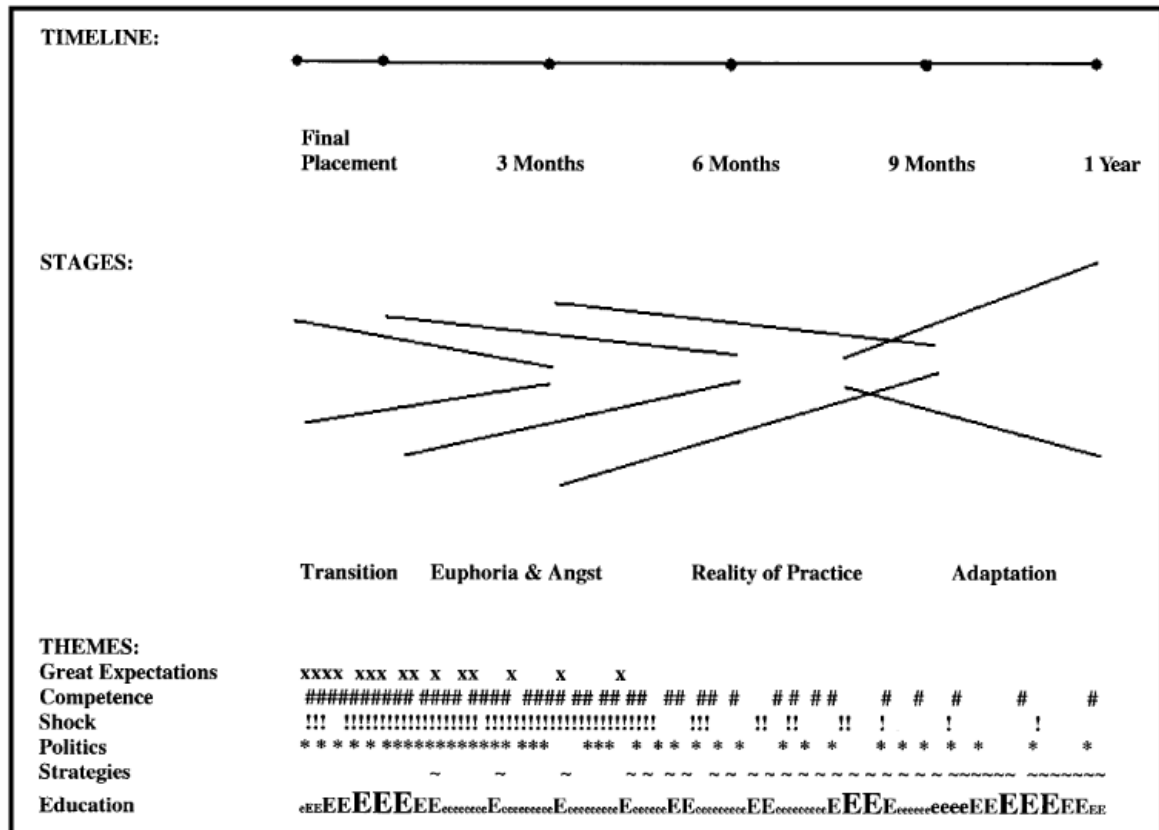


Figure 1. Pictorial representation of stages and themes.

Le modèle de Hummell & J. Higgs (2010)

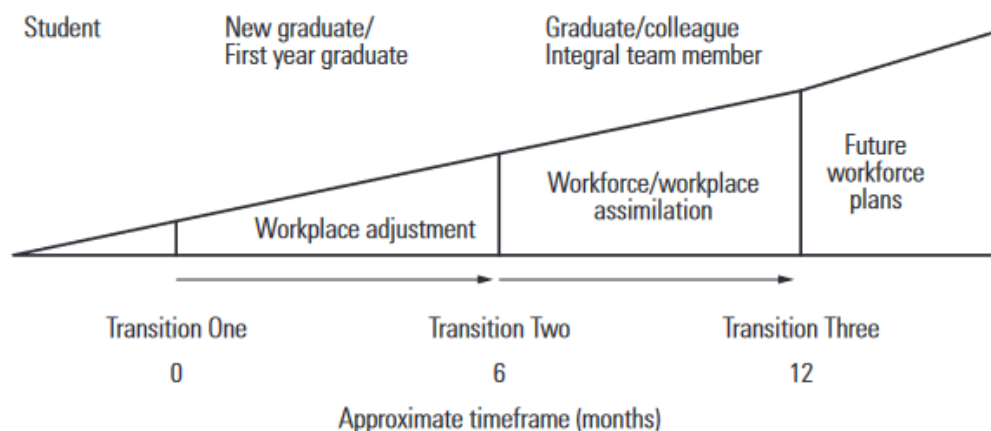


Figure 1: Participants experienced three professional development transitions in the first year of employment

Annexe 9 - Les facteurs du raisonnement clinique en ergothérapie

Table 5.1 External and internal factors influencing the evolving clinical reasoning process.
(Adapted from Carrier et al. 2012)

External factors	Description
<i>Client</i>	
Availability (emotional, cognitive, physical)	Includes personality, openness to intervention, personal (e.g., level of education, learning style and speed), and functional characteristics (e.g., functional profile, type of disabilities, prognosis) Functional characteristics interact closely with the task (e.g., determine the objective)
Previous knowledge	Task knowledge and habits
<i>Environment</i>	
Client's physical and social environment	Physical and social obstacles and facilitators
Availability of tools	Tool(s) available or not when intervening
Occupational therapist's practice context	Includes physical location of the intervention, organizational factors (e.g., underlying values, implicit and explicit rules), work organization, and social environment (colleagues) Influence of the practice context is modulated by the OT's personality
<i>Task</i>	
Content	Type, complexity, and quantity of tasks (e.g., number of pieces of equipment involved)
Objective	Determined by the client's particular characteristics and environment (e.g., familiarize versus teach how to do it)
<i>Interaction of Factors</i>	

External factors	Description
Client–environment interaction	Degree of correspondence between the client and his/her social and physical environment
Task–environment interaction	Degree of correspondence between the task, equipment used, and place where it is done
Degree of difficulty/safety	Difficulty experienced by the client and risk to the client's safety when performing the task during assessment and intervention
Result of the strategy	Success or failure of the intervention strategy The result may be <i>anticipated</i> (prior to using the strategy) or <i>evaluated</i> from the client's reactions (after using the strategy)
Internal factors	Description
Knowledge and experiences (professional and personal)	Includes: Knowledge about (1) assessments, interventions, and equipment; (2) client's availability with respect to intervention Experiences regarding clients' reactions and characteristics, assessments, interventions, and equipment Acquisition of new knowledge and experiences sustains the development of the intervention plans that are available to the OT
Personal habits	Usual way of intervening in this type of clinical situation (corresponds to the profile–plan match)
Preparation	Degree of preparation for intervening; the need to prepare depends on the OT's knowledge and experiences
Availability (emotional, cognitive, physical)	Includes personality, degree of cognitive and physical fatigue, and openness to reactions from the client and his/her social environment. These reactions indicate the results of the strategy used
View of occupational therapy	A two-way, interactive and dynamic process modulated in terms of intensity

Annexe 10 - Le processus de construction du sentiment de compétence

(Holland et al., 2012)

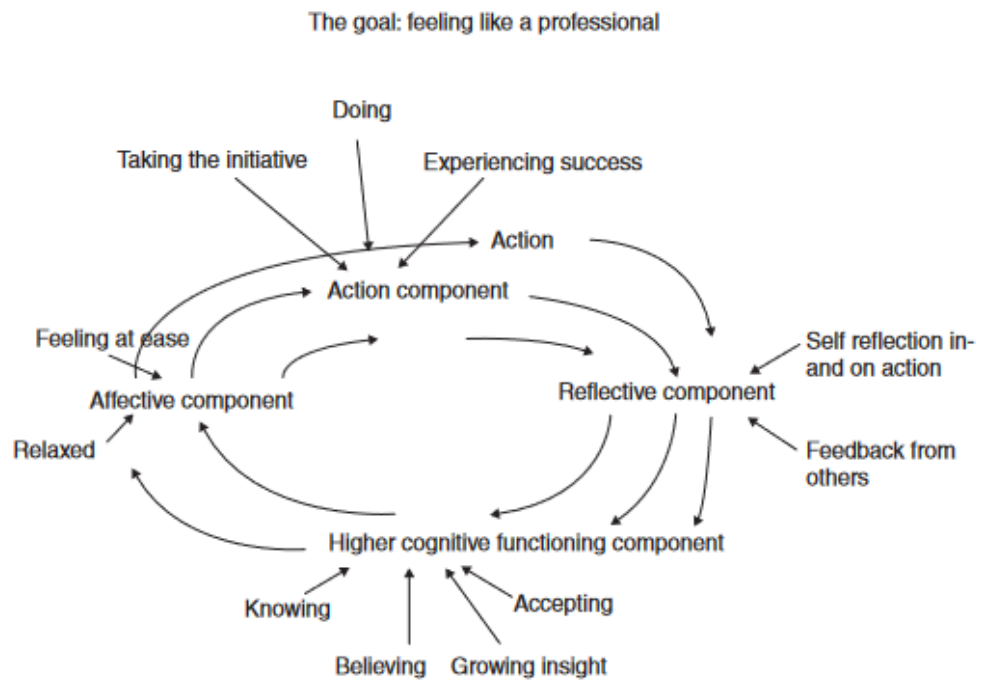


Figure 1. A diagrammatic representation of the attributes of professional confidence and how they interact.

Annexe 11 - Les comportements professionnels de l'ergothérapeute

(Kasar & Muscari, 2000)

Table 1

Occupational therapists' professional behaviours

DEPENDABILITY Completing tasks on schedule Ensuring cost effective health care Complying with expanding accountability Providing accessible care within the emerging health care system
PROFESSIONAL PRESENTATION Presenting oneself in a manner acceptable to clients, peers and colleagues Using body posture and affect that communicates interest or engaged attention Conveying positive attitude toward the OT role Enhancing visibility of OT role
INITIATIVE Demonstrating energetic, positive, motivated manner Self-starting projects, tasks and programs Taking initiative to direct own continuous learning Demonstrating change agent skills
EMPATHY Being sensitive and responding to the feelings and behaviours of others Listening and considering the ideas and opinions of others Responding with sensitivity to the needs of other professionals Rendering assistance to all individuals without bias
COOPERATION Involving clients and families in the decision making process Working effectively with others Developing group cohesiveness by assisting in their development Becoming active member of regional, provincial, state and/or national OT groups
ORGANIZATION Prioritizing self and tasks Managing time to meet client and organizational requirements Using organization skills to contribute to the development of others
CLINICAL REASONING Analyzing, synthesizing and interpreting information Giving alternative solutions to complex issues and situations Utilizing, evaluating and conducting research Demonstrating ethical decision making skills
SUPERVISORY PROCESS Modifying performance in response to meaningful feedback Operating within the scope of ones own skills and seeking assistance when needed Demonstrating clinical and professional leadership Utilizing consultation, collaboration and referral skills appropriately
VERBAL COMMUNICATION Sharing perceptions and opinions with clarity and quality of content Verbalizing opposing opinions with constructive results Utilizing teaching skills for clients, students, peers and colleagues Making formal presentations at regional, provincial, state and/or national conferences
WRITTEN COMMUNICATION Communicating ideas and opinions clearly and concisely in written reports Writing research reports Writing for publication

Adapted from: Kasar, J., Clark, N., Watson, D. and Pfister, S. (1996) *Professional Development Assessment*.

Annexe 12 - Grille d'entretien

Note : notre position d'étudiant apprenti chercheur et d'ancien pair vis-à-vis des interviews a imposé dès le recrutement le tutoiement, la grille d'entretien en étant le prolongement, ce tutoiement est maintenu.

Sujet : Que mobilise le jeune praticien ergothérapeute en France, de sa recherche d'emploi aux 12 premiers mois d'exercice pour faciliter sa transition professionnelle dans le milieu sanitaire et les EHPAD?

Comme échangé ensemble, je m'intéresse à la transition professionnelle des jeunes diplômés et je recueille plusieurs témoignages pour comprendre comment elle se déroule en France et qu'est-ce qui peut la faciliter ? **Rappel** : témoignage anonymisé et mêlé à celui d'autres ergothérapeutes issus de différentes écoles, témoignage enregistré (détruit a posteriori).

Avant de commencer, as-tu des questions ? Pour avoir une vue globale, nous allons commencer par ta recherche d'emploi avant de passer ensuite à tes premiers emplois après le diplôme.

Thème	Questions	Indicateurs
Stratégies individuelles anticipatoires et facilitatrices	- Peux-tu m'expliquer ta recherche d'emploi ? (R : Avais-tu défini des critères de recherche ? Si oui, peux-tu m'expliquer pourquoi tu les as choisis ?) - Au moment de ta recherche, quelle image te faisais-tu de ton premier emploi ? (R : Anticipais-tu des difficultés particulières ?)	Critères de recherche du premier emploi : lieu de pratique, présence équipe ergo et / ou pluridisciplinaire, type de contrat, localisation, volume horaire, recommandation, ancien terrain de stage ... Nature des difficultés anticipées associées à la transition : sentiment de capacité, charge de travail, charge émotionnelle, difficultés relationnelles, distance à l'environnement proche ... Lien avec les expériences réalisées en stages
Le(s)	Peux-tu me décrire ton / tes	Caractéristiques emploi(s) : lieu de pratique, présence équipe ergo et /

emploi(s) des 12 premiers mois	premier(s) emplois après le diplôme ? <i>noter la chronologie, dates</i> ▪ Si différents de la cible, qu'est-ce qui a fait que tu t'es engagée sur cet emploi ? Comment as-tu vécu ce changement ?	ou pluridisciplinaire, type de contrat, durée, localisation, volume horaire, nombre d'emplois sur une semaine ... ▪ Mois d'expérience depuis diplomation ▪ Correspondance à la cible recherchée et effet (sentiment de compétence, intérêt, motivation) ▪ Marges de manœuvre autour du choix du premier emploi
Les difficultés <i>Croiser info avec la littérature et comprendre les difficultés</i>	▪ Comment cela s'est passé globalement ? <i>mots clés utilisés</i> ▪ As-tu été en difficulté ? Si oui sur quoi ? A l'inverse, certains éléments t'ont-ils paru plus simples que tu ne l'attendais ? ▪ Quels éléments as-tu remarqué et qui t'ont surpris ? <i>(dans la relation avec les patients, avec les autres professionnels, pour mener tes interventions, charge de travail, décision, ..)</i>	▪ Présence d'un choc ? ▪ Nature des difficultés d'adaptation : ○ Identité : conflits de valeurs, intérêt, rôles non connus, manque de routines, fatigue physique / cognitive ○ Habilités : raisonnement clinique, priorisation, communication, réflexivité / prise de recul ▪ Temporalité des difficultés
Les ressources mobilisées face aux difficultés <i>Identifier toutes les formes de</i>	<i>Si difficultés</i> ▪ As-tu réussi à y faire face ? comment ? qu'est-ce qui t'as aidé ? <i>(mesures spécifiques nouvel arrivants, pair, ergo, aménagement temps de travail, ressources autres ...)</i> ▪ Est-ce que ces difficultés ont changé	▪ Nature du soutien proposé : personne, charge de travail, outils & méthodes ▪ Nature du soutien recherché : personne (interne ou externe à l'établissement, charge de travail, outils, stratégies personnelles) ▪ Nature du soutien effectivement mobilisé : personne, charge de

« soutien », de tutorat et leur choix	avec le temps ? Qu'est qui reste compliqué malgré tout ? ▪ Avec le recul (pour promo 2023), qu'est-ce que tu penses t'as le plus aidé ?	travail, outils, stratégies d'emploi ▪ Fonction pour chacun : préceptorat, mentorat, lissage de charge, réflexivité ▪ Evolution des difficultés : Intensité (Atténuation, modification de la nature, amplification) et nature
Réflexivité et processus d'adaptation	▪ Ces premières expériences ont-elles modifiées tes projets, ta recherche d'emploi, ta conception du métier ? (Sentiment de compétence, identité de l'ergothérapeute ...) ▪ Si tu devais réaliser un guide du nouvel arrivant ou accueillir un nouveau collègue jeune diplômé, quels éléments souhaiteraient-tu transmettre en priorité ? ▪ Enfin, aurais-tu une / des recommandations à transmettre aux étudiants ?	▪ Nature des difficultés d'adaptation après expérience : ○ Identité : conflits de valeurs, intérêt, rôles non connus, manque de routines, fatigue physique / cognitive ○ Habiletés : raisonnement clinique, priorisation, communication, réflexivité / prise de recul ▪ Nature du soutien futur : personne, charge de travail, outils, stratégies d'emploi
Clôture	▪ Souhaites-tu ajouter quelque chose qui te semble important ou que nous n'aurions pas abordé ?	

Annexe 13 - Formulaire d'engagement de la protection des données

Cadre de l'étude

Vous avez accepté de prendre part à un projet d'initiation à la recherche dans le cadre de la formation en vue de l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie. Ce projet est mené par Aurélie LIOGIER, désigné ci-dessous comme apprentie chercheuse, sous la direction de Jean-François BODIN, enseignant Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation (ISTR) Adresse 8, Avenue ROCKEFELLER 69373 LYON CEDEX 08.

Format de l'étude

Le projet se déroule en deux temps. Un premier temps de revue bibliographique afin d'identifier les différents aspects autour du thème de recherche et un second temps exploratoire s'appuyant sur plusieurs entretiens semi-dirigés, objet de ce document.

Modalités pratiques des entretiens

- Durée maximum : 1 heure 30 minutes
- Entretien en Visio-conférence ou téléphonique

Traitement des données

- Les entretiens seront enregistrés afin d'être retranscrits sous format numérique. Au plus tard, l'apprenti chercheur s'engage à la destruction des enregistrements au 30/12/2024
- La retranscription est confidentielle, l'apprenti chercheur veillera à la suppression des données directes (par exemple nom, prénom) ou indirectes permettant une identification. Les personnes seront identifiées par un code par exemple (E1, E2 ..).
- Stockage des données. Le système de codification et les retranscriptions sont stockés sur des disques durs uniquement accessibles par l'apprenti chercheur

Utilisation des données

Les données des différents entretiens seront croisées et analysées par l'apprenti chercheur. Les publications écrites et les présentations orales qui découleront de ce projet pourront inclure des citations anonymes tirées de la retranscription de l'entretien.

Consentement éclairé et participation volontaire

Vous avez reçu oralement et par écrit toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude.

Votre participation à ce projet est volontaire et ne fait l'objet d'aucune compensation financière. Vous acceptez donc d'y participer sans aucune contrainte ou pression extérieure. Par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation, en tout temps au cours de ce projet, sans avoir à fournir de raison, ni à subir de préjudice quelconque.

Remerciements

Votre collaboration à ce projet est importante et nous vous en remercions.

En échange de ce consentement, je soussignée, Aurélie LIOGIER, m'engage à respecter les règles de confidentialité et de traitement des données détaillées supra ainsi qu'au respect du consentement exprimé par l'interviewé

Fait à, le

Signature

Annexe 14 - Résumé / Abstract

Transition professionnelle des nouveaux diplômés ergothérapeutes en France : quel rôle de la supervision dans la construction du sentiment de compétence ? Une exploration en milieu sanitaire

Contexte : Un choc de réalité. C'est ainsi que la littérature étrangère décrit les premiers mois d'exercice des jeunes diplômés ergothérapeutes. Un très faible sentiment de compétence marque cette période et résulte de la coexistence d'un rôle professionnel flou et d'habilités professionnelles encore peu affirmées. La supervision par les pairs est présentée comme la solution pour faciliter cette transition. En France, la faible densité des ergothérapeutes dans les organisations de soin questionne la possibilité de sa mise en œuvre et la littérature manque de réponse à ce sujet.

Objectif : Réaliser une première exploration en France des éléments facilitateurs à la construction du sentiment de compétence des novices ergothérapeutes.

Méthode : Cette étude s'appuie sur une méthode qualitative exploratoire et rétrospective. 5 entretiens semi-dirigés ont été réalisés en février 2024 auprès de novices diplômés en 2022 et 2023 et exerçant en SMR, EHPAD et hôpital. Une grille thématique a guidé l'analyse comparative des témoignages.

Résultats : Les interviewés décrivent une intensité des apprentissages sur les premiers mois mais sans véritable choc. Les difficultés rencontrées concernent principalement la pratique. Leur rôle professionnel semble quant à lui assez établi. La supervision ressort comme le premier facilitateur. A l'initiative des novices, elle est réalisée de façon opportuniste, sur leur lieu de pratique et préférentiellement auprès d'ergothérapeutes. Elle alimente la réflexivité sur la pratique et supporte ainsi la construction du sentiment de compétence. En arrière-plan, une charge de travail adaptée semble permettre ces temps de réflexion et d'échanges. Ce facilitateur pourtant évident ressort cependant comme très peu conscientisé par les novices.

Conclusion, Les biais de mémoire attachés à la méthode rétrospective peuvent avoir atténué le « choc » de transition des participants. Malgré cela, l'étude a conforté la présence et le rôle prédominant de la supervision dans la construction du sentiment de compétence. Elle y apparaît comme situationnelle et discrétionnaire et serait intimement liée à une charge de travail temporairement adaptée.

Mots clés : ergothérapeute, jeune diplômé, transition professionnelle, supervision, tutorat, sentiment de compétence, France, Hôpital, SSR, SMR, centre de rééducation, EHPAD

The role of supervision in the professional confidence of newly graduated Occupational Therapists (OTs). A first exploration of the French context

Background: Foreign literature describes the first months of practice for newly graduated OTs as a "reality shock". A very low sense of competence marks this period. It results from the coexistence of an unclear role and professional skills still under development. Peer supervision is presented as the main facilitator of this transition to practice. In France, the low density of occupational therapists in healthcare settings raises questions about the feasibility of its implementation. Despite this, literature remains silent about the subject.

Objective: Explore the facilitating factors that contribute to the building of professional confidence among novice OTs in France.

Method: This study was based on an exploratory and retrospective qualitative method. Five semi-structured interviews were conducted in February 2024 with novices who graduated in 2022 and 2023. They were working in rehabilitation centers (SMR), nursing homes (EHPAD), and hospitals. A thematic grid guided the comparative analysis of testimonies.

Results: Interviewees described an intense learning period during the first months but without a major shock. They faced difficulties regarding the practice whereas their professional role seemed to be quite well established. Supervision appeared to be the main facilitator. It was initiated by the novices and carried out opportunistically, at their practice site, and preferably with peers. Supervision enabled their reflective practice and thus supported the building of their professional sense of competence. In the background, an adapted workload seemed to have supported these times of reflection and exchanges. However, this factor, despite its obviousness, was barely conscious.

Conclusion: Memory bias due to the retrospective method may have attenuated the interviewees' transitional shock. However, the study confirmed the presence and predominant role of supervision in building professional confidence. Supervision appeared highly situational and discretionary and could be associated with a temporary adapted workload.

Keywords: occupational therapist, new graduate, professional transition, supervision, mentoring, preceptorship, professional confidence, competence, France, hospital, rehabilitation, nursing home