

## La pratique de l'ergothérapie dans 10 ans

*Stéphane Camut, Conseil Fédéral des Professions paramédicales, expert au sein du Conseil Supérieur de la Santé*

*stephane.camut@cebxl.be*

### Introduction

Connaissant mon implication dans la défense de la profession, de ses professionnels et de ses pratiques, et connaissant mes fonctions au sein d'organes consultatifs de la Santé Publique, il m'a été demandé si je pouvais présenter ce à quoi pourrait bien ressembler la pratique de l'ergothérapie dans une dizaine d'années en Belgique. Programme alléchant me direz-vous, et que j'ai sans doute trop vite accepté. Car je me rends compte aujourd'hui de la complexité du problème posé.

L'ergothérapie, cette belle profession encore très souvent (et trop souvent) inconnue ou mal connue, pourrait-elle être donc enfermée dans un cadre qui la ferait évoluer vers telle ou telle réalité. Aurais-je ces clés de lecture ? Il y a tellement d'éléments qui peuvent intervenir dans ce problème qu'il y a lieu d'y réfléchir à plusieurs, sans doute même à nous tous.

Même si l'ergothérapie a toujours eu, et garde encore actuellement, des fondements forts (que je résumerais volontairement à l'occupation humaine et à une pratique centrée sur le client) et transversaux à toutes les pratiques ergothérapeutiques (et ce quels que soient les lieux de pratique à travers le monde), elle ne trouve consistance qu'au sein des systèmes qui lui permettent d'exister, et plus précisément qu'au sein des libertés de penser et d'agir que ces systèmes décident de lui accorder. Il ne s'agit aucunement aujourd'hui, dans mon chef en tous les cas, de me prononcer sur les valeurs actuelles et à venir de l'ergothérapie, sur la direction philosophique que prendra (ou pas) notre belle profession.

Au moment où j'écris ces lignes, le système politique belge à son niveau fédéral (en charge des soins de santé) est empêché de toute nouvelle initiative en dehors de celles qui seraient nécessaires au fonctionnement ininterrompu du service public (ce sont les affaires courantes). Cela signifie que nous ne savons pas quelles seront les priorités que défendra le prochain/la prochaine Ministre qui aura la Santé Publique dans ses attributions. Nous pouvons tout au plus nous baser sur les lignes directrices des années passées, et sur les propositions faites pour lesquelles un accord de gouvernement avait pu être dégagé. Mais il est vrai que ces propositions, parce que pas encore votées, pourraient être purement et simplement jetées aux oubliettes par la nouvelle équipe qui entrera en fonction. Certaines tendances déjà connues devraient tout de même nous permettre de dessiner (ou de détourner) le paysage des années à venir en termes de santé. Ainsi, la qualité des soins et la place centrale du patient seront clairement des priorités fortes et transversales pour toutes les décisions qui seront prises en termes de santé.

Mais le cadre politique dans lequel nous évoluons au quotidien n'est pas le seul que nous devons considérer dans la détermination d'un cadre qui délimitera nos pratiques futures. Ainsi, la société dans laquelle nous vivons, nous évoluons, sera aussi génératrice de changements qui auront des impacts sur nos pratiques futures. Pensons encore à nos représentations professionnelles, à nos déterminations à nous faire une place de choix dans le monde de la santé, bien plus large que celui du handicap. N'oublions pas dans cette équation de l'avenir professionnel notre histoire personnelle, notre parcours singulier fait de tellement d'expériences et débouchant sur des pratiques devenues parfois tellement...traditionnelles.

A partir de ces quelques précisions, nous pouvons commencer à réfléchir ensemble à la question posée : à défaut de pouvoir clairement les identifier et les définir, à quoi ressembleront probablement les pratiques de notre belle profession dans une dizaine d'années ?

## L'ergothérapie : une profession dans un contexte de soins en constante évolution

Les champs de pratique d'une profession peuvent être définis comme correspondant à l'éventail complet des rôles, des fonctions, des responsabilités des activités, de la capacité à faire des choix de ceux qui, au sein d'une profession, ont reçu un enseignement, ont développé des compétences et sont autorisés de fonctionner <sup>(3)</sup>. Il est donc primordial de s'intéresser au(x) système(s) dans lequel (lesquels) le praticien ergothérapeute œuvre au quotidien.

Par rapport au contexte général de santé de la population en Belgique, nous observons une nette augmentation du nombre de personnes vivant avec des affections chroniques (en 2018, 29,3% de la population âgée de 15 ans ou plus a déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique. Ce pourcentage augmente considérablement avec l'âge, allant de 14,1% chez les jeunes de 15 à 24 ans jusque 44,1% chez les 75 ans ou plus) <sup>(9)</sup> et du nombre de personnes âgées (avec une stabilisation pour 2040) <sup>(8)</sup>.

Les indicateurs de qualité de vie sont au rouge dans certains endroits : la pollution, la pauvreté, l'isolement social, la déscolarisation et le niveau d'étude ne sont que quelques exemples des éléments qui impactent la qualité de vie perçue <sup>(11)</sup>. En 2017, le Bureau du Plan <sup>(11)</sup> énonçait ceci pour la population belge « bonne qualité de vie en moyenne, mais situation dégradée pour les plus défavorisés ». Cette tendance n'a fait que s'accroître depuis. En 2018, Maertens de Noordhout et al<sup>(4)</sup> mettent en évidence une diminution du nombre d'année de vie en bonne santé pour les belges.

L'organisation des soins est aussi un élément important à considérer. En 2019, Le KCE (centre fédéral d'expertise des soins de santé) s'est intéressé à l'organisation des soins pour ce qui relève de la santé mentale. Il s'est avéré qu'il n'était pas possible de vérifier si l'offre de soins correspond aux besoins de la population belge car... à cette date, ces besoins n'étaient pas connus <sup>(10)</sup>.

Nous assistons à un changement de direction pour ce qui concerne les lieux ou les prestataires de soins interviennent. Ce changement est sans doute une preuve de résilience de notre système de santé. Il n'est en effet pas évident de garder le cap de soins de qualité et accessibles en tenant compte de multiples variables (cfr. paragraphes précédents) pas toujours prévisibles. Le travail en réseau et en dehors des contextes hospitaliers ne va qu'augmenter.

De multiples études ont démontré que, dans certains cas, il est moins cher pour la collectivité de prodiguer des soins à domicile qu'en institution, et que dans certains cas, les personnes récupèrent mieux dans leur environnement de vie personnel qu'en institution.

Des programmes agissant sur la prévention (afin d'éviter une hospitalisation) sont de plus en plus fréquents.

Mais l'organisation des soins touche aussi à la norme d'encadrement de soignants. Le KCE s'est intéressé dernièrement à la « dotation infirmière pour les soins aigus » <sup>(12)</sup>. Il est ressorti de leur étude qu'il y avait en moyenne, pour ces soins, une infirmière pour 9.4 patients, alors que la norme internationalement désignée comme référence est d'une infirmière pour 8 patients. Cela ne signifie pas pour autant qu'il y aura des embauches pour pallier ce manque car la première intention de la ministre en charge est d'identifier les actes accomplis par les infirmières et pour lesquels ces dernières sont sur qualifiées, de les retirer de leur charge professionnelle et de les attribuer à d'autres professionnels. Ce paradigme de l'adéquation directe entre compétences professionnelles et pratiques professionnelles prend de plus en plus de place dans les décisions impactant l'organisation des soins.

Un autre enjeu majeur de modification des conditions de vie est le changement climatique (ou le dérèglement climatique) : de nombreuses populations se voient obligées de se déplacer, d'investir de nouveaux territoires. Certaines populations insulaires risquent même, avec la disparition de leur territoire, de faire naître une nouvelle forme d'apatridie <sup>(2)</sup> et de faire disparaître partiellement leur sentiment d'appartenance (avec probablement des conséquences en termes de santé mentale). Les personnes ainsi déplacées pourraient aussi voir leur condition de vie fortement perturbées. La sous qualification ou l'inadéquation entre leurs compétences et les besoins du milieu d'accueil pourraient constituer un sérieux facteur d'instabilité. Ces populations risquent bien de rencontrer de grosses difficultés en termes d'accès aux soins ou encore à l'éducation <sup>(2)</sup>.

Les conflits et les guerres sont autant de raisons de migrations forcées, emmenant avec elles des populations totalement déracinées et porteuses de souffrances difficilement imaginables. Les syndromes de stress post-traumatiques sont très fréquents. Une revue de littérature récente s'est intéressée aux bonnes pratiques auprès d'une population de personnes irakiennes, kurdes et syriennes demandeuses d'asile <sup>(6)</sup>. Il a été mis en évidence que la thérapie par exposition aux narratifs soit le mode de traitement privilégié. D'autres auteurs se sont intéressés aux populations de réfugiés de guerre. Certains <sup>(5)</sup> ont mis en évidence l'importance de créer une alliance thérapeutique avec chaque réfugié pour discerner le mieux possible sa compréhension de son trouble, ses stratégies et ses traditions avant de lui proposer un accompagnement « contextuellement habituel ». Une approche biomédicale est même déconseillée.

Le monde du travail est aussi en (r)évolution depuis une bonne vingtaine d'années déjà. Les conditions de travail, le rythme de travail, les contraintes du travail sont de plus en plus imbriquées avec la vie extraprofessionnelle. En Belgique, plus de 30 % des travailleurs déclarent ressentir un stress lié au travail pendant la plus grande partie ou la totalité de leur temps de travail <sup>(15)</sup>. Selon une enquête de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail <sup>(16)</sup>, le stress lié au travail coûterait ainsi chaque année 25.4 milliards € dans l'Union Européenne. Le projet européen Matrix (2013) a quant à lui estimé à 617 milliards € par an le coût des dépressions liées au travail en Europe. Ce projet a aussi permis de mettre en évidence que chaque euro dépensé dans un programme de promotion et de prévention (améliorations de l'environnement de travail, gestion du stress et traitements psychologiques) génère un bénéfice économique net de 10,25€. Les problèmes de santé mentale représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail. La fréquence de ce type de pathologie ne fait que s'accroître ces dernières années. Ils sont très fréquemment la cause de longues périodes d'invalidité, et le risque de rechute est important. Selon l'institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), les invalidités pour des troubles mentaux représentaient ainsi en 2014 35 % du total des invalidités, et expliquaient en partie l'augmentation considérable du nombre d'invalides ces dernières années (plus de 25% d'augmentation entre 2010 et 2015). En 2016, on dénombrait encore 20.000 invalidités de longue durée de plus qu'en 2015. Toutes les professions de santé devront développer une expertise en matière d'accompagnement de personnes dans le contexte de l'incapacité de travail (qu'il s'agisse de la prévention ou de l'accompagnement vers la guérison). L'ergothérapeute lui-même devra développer des compétences particulières afin de se protéger de ces affections liées au stress au travail.

Notre profession de santé (comme les autres professions aussi d'ailleurs) évolue dans ces contextes instables, en fragiles équilibres et qui se voient modifiés tant par l'intérieur que par l'extérieur. Imaginer ce que seront nos pratiques de demain est et restera difficile. Cependant, s'adapter à ces contextes est inévitable. Il nous faudra accéder à de nouveaux outils, développer de nouvelles compétences, travailler/collaborer autrement. Penser un accompagnement sans cesse réinventé

pour viser une singularité dans les soins est, maintenant plus que jamais, une compétence que nous devons toutes et tous amener à maturité.

## L'ergothérapie : des pratiques professionnelles réglementées

En Belgique, l'ergothérapie est une profession paramédicale. Elle est réglementée et protégée.

Son exercice est cadré par des textes légaux (principalement les arrêtés royaux du 10 novembre 1967<sup>(18)</sup>, du 08 juillet 1996<sup>(19)</sup> et du 19 décembre 2010<sup>(20)</sup>). Ces textes énoncent clairement, outre les qualifications minimales requises (nous y reviendrons dans le point suivant), les pratiques autorisées dans le cadre de la profession d'ergothérapeute. La nécessité d'une prescription médicale pour les actes est un des éléments clé de ces textes.

Aux côtés de ces textes, la ministre de la Santé Publique, Madame Maggie De Block, a rédigé en octobre 2018<sup>(21)</sup> une note de politique générale. Cette note d'intention reprend, outre un bilan de l'exercice passé, les lignes directrices des politiques de santé publique pour les années à venir. Nous pouvons y relever un certain nombre d'éléments qui seront très certainement des gardes fous de nos pratiques à venir. Certains axes forts sont mis en évidence : la santé mentale (notamment en première ligne) et l'aboutissement de vastes projets pour l'accompagnement de personnes présentant des maladies chroniques. En termes de moyens qui se feront de plus en plus présents, nous pouvons citer les outils technologiques (des applications mobiles pour assurer le suivi des patients, des applications comme eAttest qui diminuent la charge administrative). Citons encore le "personal health viewer", qui devra à terme permettre d'offrir aux citoyens une vue d'ensemble de toutes les données de santé les concernant qui sont numériquement disponibles. Cet instrument permettra au patient de prendre une place active dans les choix de santé le concernant.

Le travail déjà fait autour du renouvellement du cadre légal qui prévoit des critères mis à jour de qualité pour toutes les professions dans les soins de santé sera poursuivi. Le patient devra toujours disposer du meilleur accès aux soins et à la meilleure qualité de ces derniers, peu importe le prestataire de soins ou l'endroit où les soins sont prodigués.

Parmi les priorités, nous pouvons relever un « empowerment » du patient ; l'implication du patient (et de ses représentants) dans les processus politiques consultatifs ; le « personal health viewer » ; un appui sur des pratiques probantes ; la qualité, sécurité, efficience et soins appropriés ; un plan d'action de contrôle des soins de santé ; l'accessibilité aux soins et la médiation interculturelle ; les soins de santé de prévention ; les malades chroniques (maladies rares, cancer, VIH, soins palliatifs) ; des soins de santé mentale spécifiques aux enfants, adolescents, adultes et personnes âgées ; la santé mentale en milieu pénitentiaire et pour les personnes internées. Nous pouvons pour chacune de ces priorités facilement identifier que la pratique de l'ergothérapie sera concernée.

Dans cette optique très large de l'accessibilité aux soins et de la qualité des soins proposés, de nouvelles professions de santé ont été créées, l'exercice de certaines d'entre elles a été modifié, d'autres ont obtenu une reconnaissance, et d'autres n'ont pas réussi à se faire reconnaître. Tout cela dans un contexte pas toujours facile et serein, contexte dans lequel le corporatisme reste malheureusement très présent (voire se renforce). Depuis plusieurs années déjà, la notion « d'acte exclusif » a disparu. Cela signifie que plusieurs professions peuvent avoir la charge de prodiguer un même acte pour autant que les compétences nécessaires soient acquises. Cette réalité devrait encore s'accroître, en gardant bien entendu comme condition essentielle la qualité des soins.

## Qualité de la pratique

Un avant-projet de loi a déjà été validé en gouvernement et reprend entre autres les exigences auxquelles chaque praticien des soins de santé doit répondre. Retenons essentiellement les points suivants : possession et documentation de la qualification attestées au moyen d'un portfolio ; tenue d'un dossier médical dont le contenu minimal est fixé par la loi ; caractérisation médicale du patient et analyse de risque préalablement à l'intervention ; encadrement des prestations ; garantie de continuité et de permanence ; information sur la pratique ; mention obligatoire de la pratique dans un registre fédéral ; principes de partage de données médicales dans une pratique multidisciplinaire fondé sur le principe de la relation thérapeutique documentée.

## De la formation permanente au développement professionnel personnel

Par « possession et documentation de la qualification attestées », cette qualité des soins devra s'appuyer sur une obligation de formation continue (ou permanente). Les praticiens qui désirent maintenir leur droit de pratiquer (Visa ou Visum) devront ainsi accumuler un certain nombre de points de formation (PF) par période donnée (leur nombre n'est pas encore fixé). En plus de cette obligation d'accumuler des PF, il reviendra à chaque praticien la responsabilité de s'assurer que ses PF soient en rapport direct avec leur(s) pratique(s) exercée(s). L'enjeu sera d'autant plus pertinent lors d'un changement d'orientation professionnelle, changement pour lequel il s'agira réellement d'un développement professionnel personnel voulu. Le législateur doit encore valider les types d'activités (de formation continue) qui permettront de gagner ces PF, ainsi que la manière dont ces derniers seront attribués pour ces activités. Ecrire un article professionnel ou scientifique, participer à une journée d'étude et ou à un congrès, accueillir des stagiaires, accompagner un étudiant dans la réalisation de son Travail de Fin d'Etudes sont quelques exemples d'activités qui pourraient donner droit à des PF.

## Le Port Folio

Une Commission de Contrôle sera mise sur pied. Si les exigences de qualité fixées dans la loi n'étaient pas ou étaient insuffisamment respectées, le SPF pourrait (si nécessaire) imposer des conditions au maintien du visa, voire le retirer. Cette Commission de Contrôle aura pour mission d'émettre des avis pour les cas d'inaptitude psychique et physique d'un praticien professionnel.

En cas de contrôle, chaque praticien devra être à même de présenter les attestations pour les PF accumulés. Le Port Folio (professionnel) est un outil destiné à rassembler, entre autres, ces attestations. A ce jour, aucun Port Folio type n'a été proposé par les autorités compétentes. En revanche, l'obligation de pouvoir présenter ses attestations de formation devrait entrer en application en date du 01 juillet 2021, et ce même si les procédures d'attribution des PF devaient ne pas encore être validées.

## L'efficience et l'efficacité

Ces derniers mois, de nombreuses modifications dans la proposition de soins ont vu le jour, avec à chaque fois comme finalité des soins de qualité. La mise en réseau des centres hospitaliers et la disparition de certaines unités/certains services au sein de certains centres hospitaliers en sont quelques exemples. Des organes de conseil indépendants (KCE, Conseil Supérieur de la Santé, Sciensano, ...) s'attellent à mettre en évidence des pratiques plus optimales afin de permettre aux patients de bénéficier des soins les plus qualitatifs possibles, en tenant compte de leur accessibilité. Pour plusieurs pathologies (cancers de la tête et du cou), le KCE a pu mettre en évidence le lien direct entre le nombre de cas accompagnés par année au sein d'un même service et la qualité des soins proposés dans ce même service. Nul doute que cette expertise par la pratique nous concerne également.

Le processus d'accréditation des centres hospitaliers est également en route en Belgique. Ce processus doit être considéré comme un outil et pas une finalité. Cet outil doit servir à enclencher et/ou à soutenir et consolider le processus d'amélioration continue de la qualité. L'accréditation devrait amener à des prestations fondées sur la transversalité en tentant de chaîner au mieux l'ensemble des processus, des procédures et des interfaces nécessaires. L'ergothérapeute, en tant qu'acteur responsable du monde de la santé, est également impliqué dans ce processus.

## L'ergothérapie : son enseignement et ses pratiques, son enseignement vers ses pratiques

L'enseignement de l'ergothérapie a fortement changé ces 2 dernières décennies (l'objectif de cet écrit n'étant pas d'en balayer toutes les étapes, nous resterons très généraux). Et cela démontre clairement à quel point la profession et ses pratiques ont évolué. Les concepts centraux de Personne – Environnement - Occupation sont devenus des liens permettant de définir un champ des possibles en ergothérapie. Cet enseignement tente au mieux de faire se rencontrer les valeurs de la profession et les réalités des pratiques (parfois très disparates), afin de préparer les futurs ergothérapeutes à affronter les défis professionnels qui les attendent. Mais il est vrai, osons l'avouer, que les grandes valeurs inhérentes à l'ergothérapie sont bien plus prégnantes ailleurs qu'en Belgique (entre autres). Les sciences de l'Occupation naissent il y a environ 30 ans en Amérique du Nord. En Europe, elles sont surtout présentes dans les pays du Nord et tentent de s'implanter en Europe francophone <sup>(7)</sup>.

L'enseignement de la profession est également soumis à des processus d'accréditation/d'approbation. Les instituts formant les futurs ergothérapeutes doivent se soumettre à des recommandations émanant de la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (WFOT) <sup>(13)</sup>. Un document de plus de 70 pages met en avant les « critères minimum requis pour la formation des ergothérapeutes ».

L'agence pour l'évaluation de la qualité de l'Enseignement Supérieur (AEQES) est un second organisme accréditeur du monde de l'enseignement de l'ergothérapie. Les rapports décrivant l'analyse transversale réalisée au sein des écoles d'ergothérapie de Belgique francophone sont d'ailleurs consultables en ligne <sup>(14)</sup>.

Des référentiels de compétences sont utilisés afin d'accompagner les étudiants tout au long de leur formation. Cette acquisition se veut progressive. Ils permettent aux enseignants et aux étudiants de situer les apprentissages, de dégager les forces et les faiblesses. Ils permettent avant tout de décrire les compétences à acquérir afin de pouvoir porter le titre professionnel. Ce dernier ne peut être attribué qu'aux candidats ayant fait la preuve qu'ils répondent bien aux exigences (minimales) de maîtrise des compétences professionnelles. Mais comment identifier ces compétences professionnelles ?

Des profils professionnels génériques existent, et tentent de décrire au mieux les champs d'action de l'ergothérapeute dans l'absolu (de manière indépendante de toute connaissance d'un contexte de pratique bien spécifique) et les compétences professionnelles qu'il maîtrise. Ces profils peuvent être différents car ils sont la représentation de la rencontre entre différents éléments qui construisent le contexte de la pratique professionnelle. Ils peuvent être sensibles entre autres aux particularités des clientèles, aux contraintes locales, aux champs investis (traditionnellement ou pas) par les ergothérapeutes d'un endroit donné. Ces profils permettent aussi, on y pense moins souvent, à délimiter le champ de nos pratiques professionnelles. Ainsi, il n'est pas rare de les voir utilisés par un

professionnel qui désire justifier qu'un acte donné ne relève pas de ses compétences. Ces profils, en nous y confrontant, nous permettent aussi d'éviter de dépasser notre niveau personnel de compétence professionnelle.

L'enjeu est bien entendu de parvenir à intégrer l'orientation vers ces profils professionnels dans l'enseignement, notamment au travers des expériences de stage. A cet égard, la volonté de faire accréditer des « maîtres de stage » (le titre exact n'est pas encore fixé) semble être prioritaire aux yeux des décideurs politiques en santé. Cette accréditation est d'ailleurs déjà d'application pour d'autres professions de santé. Certains imaginent aussi l'accompagnement de jeunes diplômés par des praticiens plus expérimentés (mentors) durant les premières années de pratique. Ces 2 derniers exemples mettent en évidence que les praticiens devront développer des compétences objectivables dans l'accompagnement et la formation de jeunes collègues.

L'enseignement de la profession se doit aussi d'être novateur. Sensibiliser les futurs diplômés aux pratiques possibles pas (encore) présentes localement, les faire réfléchir aux enjeux sociétaux et à ce que l'ergothérapie pourrait endosser comme responsabilités sont des éléments tout aussi importants que la (simple) préparation à intégrer un marché du travail qui leur imagine déjà un emploi bien défini. Qu'il s'agisse de s'intéresser à des pratiques ergothérapeutiques au sein de services médicaux moins courants (par exemple les soins intensifs ou la néonatalogie), à des groupes cibles inhabituels (par exemple les enseignants), à des contextes inhabituels (par exemple la prévention), l'ergothérapie de demain trouvera une partie de sa genèse dans le monde de l'enseignement.

Rendre les profils professionnels génériques personnels permettra de situer au mieux la propre expertise de chaque ergothérapeute dans ses pratiques professionnelles, mais cette initiative dépend de chaque professionnel. Nous rejoignons ici la formation permanente. Cet enseignement continu est très certainement la clé de voûte d'une pratique professionnelle, pertinente, cohérente, en adéquation avec les recommandations, sans cesse actualisée.

Mais l'ergothérapie de demain n'est pas qu'une affaire de pratiques professionnelles occupationnelles. Elle doit aussi trouver une place forte, sa place au sein du monde de la recherche. A cet égard, beaucoup de choses restent à faire. Nous devons d'ailleurs prendre garde aux chevauchements de plus en plus fréquents entre les professions de santé, chevauchements qui nous confrontent au quotidien à d'autres professionnels qui s'octroient certaines de nos spécialités. Si en plus, ils parviennent à les intégrer dans des projets de recherche disciplinaires, cela risque de déformer nos spécialités et spécificités. L'implication d'ergothérapeutes dans des missions de recherche est une opportunité à ne pas rater. Les écoles et les professionnels pratiquant devront se rencontrer afin de construire un réel partenariat qui nous permettra d'affronter ce défi.

## Conclusion

Indépendamment des pratiques réglementées, l'ergothérapie devient plus et mieux présente en dehors des contextes traditionnels. Pensons par exemple à nos interventions aux domiciles ou au sein d'écoles ordinaires. Cette présence « hors cadre habituel » est en enjeu primordial, et doit se faire en toute transparence et être associée à des pratiques rigoureuses, pertinentes et traçables. Les multiples expériences d'implémentation d'ergothérapie dans l'enseignement ordinaire ont clairement démontré que l'ergothérapeute peut occuper une place essentielle au sein de contextes moins (ou pas) biomédicaux, contextes dans lesquels les pratiques de soins sont fortement (et parfois uniquement) guidées par un diagnostic ou une affection. Oser penser un accompagnement ancré dans le quotidien devient une réelle nécessité aux yeux des décideurs (politiques et financiers),

mais aussi des autres professionnels de santé. Oser penser un accompagnement est dans l'ADN des ergothérapeutes.

La pratique de l'ergothérapie de demain, comme celle d'autres professions de santé d'ailleurs, sera très certainement beaucoup plus extra-hospitalière et communautaire. Les derniers grands projets de santé lancés et soutenus par les autorités compétentes pour la Santé en sont d'ailleurs une preuve. Les personnes présentant des maladies chroniques seront au centre des préoccupations. Le travail en réseau deviendra incontournable, et bien (mieux) connaître les partenaires de soin une priorité. Et parmi les partenaires à impliquer, le patient occupera une place centrale. Mais l'ergothérapeute deviendra aussi présent auprès de nouveaux publics, notamment dans la prévention. Sa pratique centrée sur l'individu s'étoffera à des pratiques envers et pour les communautés.

Nos compétences de communication et la défense de notre identité professionnelle seront très certainement des enjeux majeurs. Nous explorerons de nouveaux champs de pratique, tout comme les autres professionnels de santé devront le faire. L'exclusivité corporatiste des actes fera place à des actes permis grâce à des compétences.

L'ergothérapie de demain sera vraisemblablement également liée à une remise en question générale des ergothérapeutes, en confrontant nos pratiques professionnelles (devenues parfois trop habituelles) trop souvent colorées quasi exclusivement par les contextes de pratiques très (bio)médicalisées à nos valeurs disciplinaires, aux fondements de notre profession, aux modèles professionnels.

N'ayons pas peur de perdre certaines de nos pratiques « traditionnelles ». Car perdre peut permettre de se retrouver...

## Bibliographie

(1) Alassane Diallo et Yvan Renou, Changement climatique et migrations : qualification d'un problème, structuration d'un champ scientifique et activation de politiques publiques, (2015), Mondes en développement, 4 (n° 172), 87-107  
DOI : <https://doi.org/10.3917/med.172.0087>

(2) Cournil C. & Gemenne F., Les populations insulaires face au changement climatique : des migrations à anticiper, (2010), VertigO La revue électronique en sciences de l'environnement, 10 (3), 0-0.

(3) Marilyn Pattison, Susan Baptiste, Carl McKinstry, A vision splendid; visioning for the future of occupational therapy, Australian Occupational Therapy Journal (2018) 65, 238-242  
DOI : <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12490>

(4) Maertens de Noordhout et al., Changes in health in Belgium, 1990–2016 : a benchmarking analysis based on the global burden of disease 2016 study, BMC Public Health (2018) 18 : 775  
DOI : <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5708-y>

(5) Myriam Denov & Meaghan C. Shevell (2019) Social work practice with war-affected children and families: the importance of family, culture, arts, and participatory approaches, Journal of Family Social Work, 22:1, 1-16  
DOI : 10.1080/10522158.2019.1546809



(6) Nakeyar Cisse and Frewen Paul A, Evidence-Based Care for Iraqi, Kurdish, and Syrian Asylum Seekers and Refugees of the Syrian Civil War: A Systematic Review, Canadian Psychology, (2016), 57(4), 233-245

DOI : <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000067>

(7) Sylvie Meyer ; Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie, Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie (2018) Vol. 4 No 2: Edition spéciale - Occupation Humaine et Santé

DOI : <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>

## Ressources Web :

(8) <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/le-vieillissement-de-la-population-belge-se-stabilise-des-2040-en-raison-de-la-fin>, consulté le 12/01/2020

(9) <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/qualite-de-vie>, consulté le 25/01/2020

(10) <https://kce.fgov.be/fr/organisation-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale-pour-les-adultes-en-belgique>, consulté le 19/01/2020

(11) <https://www.plan.be/press/communiqu%C3%A9-1653-fr-bonne+qualite+de+vie+en+moyenne+mais+situation+degradee+pour+les+plus+defavorises>, consulté le 28/12/2019

(12) <https://kce.fgov.be/fr/dotation-infirmi%C3%A8re-pour-des-soins-plus-s%C3%BBrs-dans-les-h%C3%B4pitaux-aigus>, consulté le 25/01/2020

(13) <file:///C:/Users/stefa/Downloads/WFOT-MSEOT2016-Francais.pdf>, consulté le 02/02/2020

(14) <http://www.aeges.be/recherche.cfm?q=ergoth%C3%A9rapie>, consulté le 02/02/2020

(15) <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>, consulté le 03/02/2020

(16) [https://osha.europa.eu/en/publications/l\\_en?text=2014&sort\\_by=field\\_publication\\_date](https://osha.europa.eu/en/publications/l_en?text=2014&sort_by=field_publication_date), consulté le 03/02/2020

(17) [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/matrix\\_economic\\_analysis\\_mh\\_promotion\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/matrix_economic_analysis_mh_promotion_en.pdf), consulté le 03/02/2020

## Textes légaux :

(18) Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, 10/10/1967, [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1967111008&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1967111008&table_name=loi)

(19) Arrêté royal relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations techniques, 08/07/1996,

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996070841&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996070841&table_name=loi)

(20) Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, 19/10/2010,

[https://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-19-novembre-2010\\_n2010022499.html](https://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-19-novembre-2010_n2010022499.html)

(21) Note de politique générale, politique de Santé, 31/10/2018,

<https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/3296/54K3296024.pdf>