



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

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

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

2016

Intégration du concept de participation sociale dans le processus d'évaluation en ergothérapie

Solidifier les liens entre la théorie et la pratique, un enjeu et un défi en ergothérapie

Soutenu par : Marine FEBVRE

Numéro étudiant : p1308049

Maître de mémoire : Denis JACQUEMOT



Remerciements

Un grand merci,

A M. Jacquemot pour ses conseils, ses relectures et son aide dans tout le processus de réflexion de ce mémoire,

A M. Devin pour sa disponibilité et ses remarques pertinentes,

A M. Bodin pour son aide précieuse dans la recherche de sources bibliographiques,

A l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la qualité de leur accompagnement tout au long de ces trois ans,

Aux professionnels ayant bien voulu me donner un peu de leur temps et me partager leur expérience,

A ma famille, qui m'a toujours soutenu, présente depuis le début et sans qui rien de cela n'aurait été possible,

A Victoria pour ses précieux conseils de relecture et sa présence depuis toutes ses années,

Sans oublier vous, les copines, pour tous ces moments passés ensemble pendant ces trois années et pour tous ceux à venir,

Et enfin à tous ceux, de près ou de loin, ayant contribué à mon cheminement tout au long de ce mémoire.

La différence entre la théorie et la pratique, c'est qu'en théorie, il n'y a pas de différence entre la théorie et la pratique, mais en pratique il y en a une.

Jan Van de Sneptscheut

Table des matières

Préambule	
Introduction	1
Partie 1 : Partie théorique.....	3
I. La participation sociale, un enjeu socio-politique, médical et scientifique... 3	
I.1. Du handicap à la participation sociale, un historique socio-politique.... 3	
I.1.1 Le modèle individuel	3
I.1.2.Le modèle intégratif.....	3
I.1.3.Le modèle participatif.....	4
I.2. La participation sociale dans le monde de la santé	5
I.2.1.La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF).....	5
I.2.2.Le modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH)	6
I.3. Conceptualiser la participation sociale, un enjeu scientifique	7
I.3.1.Pourquoi conceptualiser ?.....	7
I.3.2.Une confusion des termes	8
I.3.3.Une absence de consensus sur la définition.....	8
II. La participation sociale, finalité de l'intervention en ergothérapie	9
II.1. L'ergothérapie, une profession qui suit les mutations sociales	9
II.1.1.De la déficience à la participation sociale	9
II.1.2.L'avenir : de l'institution à la société	10
II.2. La participation sociale en France	11
II.2.1.Une diffusion récente	11
II.2.2.Théorisation européenne de la participation sociale	13
II.2.2.1.Choix du modèle.....	13
II.2.2.2.Présentation du modèle.....	13

II.2.2.3.	La participation sociale au sein de ce modèle	15
III.	L'examen de la participation sociale	16
III.1.	L'examen de la participation sociale, partie intégrante du processus d'intervention en ergothérapie	16
III.1.1.	Le processus d'intervention en ergothérapie.....	16
III.1.2.	Le processus d'évaluation en ergothérapie	17
III.2.	Opérationnalisation de la participation sociale	18
III.2.1.	Mesurer l'engagement.....	18
III.2.2.	Mesurer « des situations de vie socialement contextualisées »	19
III.2.2.1.	De l'occupation aux situations de vies.....	19
III.2.2.2.	L'apport des rôles sociaux dans la mesure de la participation sociale.....	20
III.3.	Les outils évaluant la participation sociale	21
III.3.1.	Problématique du développement des outils mesurant la participation sociale	21
III.3.2.	Les outils mesurant la participation sociale	22
Partie 2 :	Problématique et hypothèses	27
Partie 3 :	Méthodologie	29
I.	Rappel des objectifs de la recherche.....	29
II.	Choix de l'outil.....	29
II.1.	L'entretien semi-directif	29
III.	Construction du guide d'entretien	30
IV.	Choix de la population cible	30
IV.1.	Critères d'inclusions	30
IV.2.	Démarche de recherche des participants.....	31
V.	Déroulement de l'investigation.....	31

V.1. Construction de la grille d'analyse	31
V.2. Analyse des données	32
VI. Aspects éthiques	32
Partie 4 : Résultats.....	33
I. Présentation des participants.....	33
II. Compréhension du concept de participation sociale	34
III. Conscience d'utilisation du concept de participation sociale	35
IV. Diffusion du concept de participation sociale	36
V. Mesure de la participation sociale	37
VI. Difficultés et amélioration pour la mesure de la participation sociale	39
Partie 5 : Discussion.....	42
I. Une théorie qui peine à être intégrée en pratique	42
I.1. Une compréhension où l'aspect social prime sur l'aspect participatif. 42	
I.2. Un concept utilisé de façon inconsciente par la moitié des ergothérapeutes	43
I.3. Une non utilisation du terme de participation sociale sur le terrain.....	44
I.4. Les enfants, une population où l'application du concept de participation sociale est difficile	44
II. Les instruments de mesure standardisés peu utilisés pour mesurer la participation sociale.....	45
II.1. Une mesure centrée sur le patient.....	45
II.2. L'entretien, outil privilégié pour mesurer la participation sociale de façon consciente et inconsciente.....	45
III. Intérêts et limites de la recherche	47
IV. Retour sur les hypothèses et suggestions de poursuites de l'étude.....	48
Conclusion	50
Bibliographie.....	53
Annexes	

Table des figures

Figure 1: Représentation schématique et différenciation des termes d'intégration et d'inclusion selon Lievin (2015).....	8
Figure 2: Répartition des familles dans le Cadre Conceptuel Théorique d'ENOTHE (CCTE)	14
Figure 3: Instruments mesurant la participation sociale selon les facteurs objectifs et subjectifs	24
Figure 4: Données socio-démographiques concernant les ergothérapeutes interrogés pour l'étude.....	32
Figure 5: Occupations cités représentant la participation sociale selon les ergothérapeutes	33
Figure 6: Niveau de conscience de la mesure de la participation sociale (PS) selon l'année de diplôme des ergothérapeutes.....	35
Figure 7 : Lieux de diffusion de la participation sociale selon les participants et l'année du diplôme	35
Figure 8: Facteurs cités par les participants pour mesurer la participation sociale (de façon consciente et non consciente)	36
Figure 9: Comparaison par ergothérapeute du recours aux facteurs objectifs et subjectifs dans l'évaluation de la participation sociale	37
Figure 10: Outils connus et utilisés pour mesurer la participation sociale selon les ergothérapeutes	38
Figure 11: Difficultés évoquées par les ergothérapeutes pour mesurer la participation sociale	39

Glossaire

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

CCTE : Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé

CIH : Classification Internationale du Handicap

ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

ENPS : Evaluation du Niveau de Participation Sociale

GEVA : Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensations

GMAP : Grille de Mesure de l'Activité et de la Participation

IPA : Impact sur la Participation et l'Autonomie

IQC : Questionnaire de l'Intégration Communautaire

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MDH-PPH : Modèle du Développement Humain : Processus de Production du Handicap

MHAVIE : Mesure des HABitudes de VIE

MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

Préambule

Mon intérêt premier pour la réalisation de ce mémoire de recherche résidait dans l'exploration des interventions en ergothérapie auprès des maladies chroniques évolutives et plus particulièrement la sclérose en plaques. L'évolutivité de la maladie me questionnait notamment par rapport à la perte de l'équilibre occupationnel entraînant une diminution de la participation sociale. J'ai donc commencé le travail de cette recherche en me demandant comment favoriser la participation sociale des personnes atteintes de sclérose en plaques. Cependant, vouloir améliorer la participation sociale nécessite de connaître quels en sont les éléments atteints. Il m'est assez vite apparu que peu d'articles donnaient de façon précise des profils de participation sociale.

Aussi, je me suis demandée comment il était possible d'établir un profil de participation sociale, c'est-à-dire comment mesurer ce concept. Une nouvelle fois, peu d'articles étaient unanimes sur la méthode à utiliser, et sur les instruments à employer. Il m'est alors apparu qu'il existait un flou théorique autour de cette notion pourtant de plus en plus présente dans tous les articles scientifiques ayant trait à l'ergothérapie. Je me questionnais également de plus en plus sur le passage de la théorie à la pratique. En effet, la formation m'a permis d'acquérir de nombreuses bases théoriques mais leurs applications en stage n'étaient pas toujours évidentes ni systématiques comme pour l'utilisation des modèles conceptuels. De ce fait, comment utiliser en pratique, un concept central en ergothérapie sans consensus sur sa définition dans la littérature scientifique ?

Introduction

Actuellement l'utilisation de la pratique fondée sur les preuves est fortement suggérée dans le monde de la santé. En ergothérapie l'emploi de cette démarche permet d'orienter le processus d'intervention et donc de proposer des soins de qualité. Démontrer l'efficacité de nos interventions par des faits scientifiques contribue à la reconnaissance de la profession dans le système médico-social Français. (Morel-Bracq, 2009). La recherche clinique favorise donc la conceptualisation des pratiques et l'émergence de nouveaux concepts dans la profession d'ergothérapeute. Ainsi, le concept de participation sociale est considéré comme étant « la raison d'être » de la profession selon Law (2002). Selon Carbonneau (2013), la participation sociale est même devenue « un thème de recherche capital compte tenu de la préoccupation grandissante d'ajouter de la vie aux années plus que des années à la vie ». Mais qu'entend-on par le terme de « participation sociale » ? Les auteurs ne sont pas unanimes pour définir ce concept. Or, selon Gutman, Mortera, Hinojosa et Kramer (2007), utiliser les théories ergothérapeutiques est ce qui aide les professionnels à faire le lien entre la théorie et la pratique. De ce fait, comment les ergothérapeutes Français peuvent-ils s'approprier le concept de participation sociale ? Comment la pratique professionnelle quotidienne peut profiter d'une conceptualisation des processus et d'une pratique probante ? Ce sont ces questionnements qui ont déterminé le point de départ de ce mémoire.

Afin d'éclairer ces interrogations, la première partie de ce mémoire reprend les données issues de la littérature scientifique. Il sera abordé comment ce concept est apparu sur le plan socio-politique et médical notamment avec la loi de 2005, sur l'égalité des droits et des chances, la participation, et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi redéfinit le handicap comme une limitation d'activité ou de restriction de participation et promeut une politique d'inclusion sociale. Ainsi, la partie suivante permettra de préciser comment l'ergothérapie s'inscrit dans ce mouvement notamment avec un déplacement des terrains de pratique sur les lieux de vie. Elle abordera également comment le concept de participation sociale est théorisé puisqu'il est présent dans le nouveau référentiel de compétence de l'ergothérapeute depuis la réforme des études de 2010. Enfin, la fin de la partie théorique abordera quels sont les moyens dont dispose l'ergothérapeute pour mesurer ce concept aujourd'hui. En effet, selon Law (2002), la

finalité du processus d'intervention en ergothérapie est la participation sociale. Le processus d'intervention est établi à l'issue de la démarche d'évaluation. L'utilisation d'instruments de mesure standardisés est privilégiée durant l'évaluation puisque cela est garant d'une pratique fondée sur les preuves. Cependant, l'absence de définition consensuelle sur la participation sociale complique le développement de tels outils. En effet, il en existe de nombreux, peu ont des échelles psychométriques complètes, et la plupart ne sont pas traduits en Français. De plus, la majorité de ceux-ci privilégient la mesure de facteurs objectifs (fréquence, aide et degré de réalisation des occupations) au détriment des facteurs subjectifs (satisfaction, importance et choix des occupations).

Ainsi, de la théorie à la pratique, dans quelle mesure le concept de participation sociale est-il intégré aux évaluations ergothérapiques sous-tendant le plan d'intervention en France ?

Afin de répondre à cette question plusieurs hypothèses ont été formulées. L'utilisation d'instruments de mesure induirait une mesure de la participation sociale davantage ciblée sur les facteurs objectifs que subjectifs. De plus, la difficulté de maîtrise du vocabulaire spécifique à l'ergothérapie et l'absence de définition consensuelle impliquerait une mesure de la participation sociale davantage inconsciente. Cependant, l'apparition de ce concept dans le nouveau référentiel de compétences de l'ergothérapeute et une pratique au plus près des lieux de vie suggérerait que la participation sociale serait davantage mesurée par les jeunes diplômés, et par les professionnels pratiquant fréquemment sur les lieux de vie.

De façon à explorer ces hypothèses, une investigation sera conduite selon une méthodologie détaillée. Puis, les résultats et la discussion permettront de présenter les données obtenues et de les confronter à la littérature scientifique afin d'offrir de nouvelles pistes de réflexion sur ce sujet.

Partie 1 : Partie théorique

I. La participation sociale, un enjeu socio-politique, médical et scientifique

I.1. Du handicap à la participation sociale, un historique socio-politique

I.1.1. Le modèle individuel

L'intérêt porté aux personnes en situation de handicap s'amplifie après la Seconde Guerre Mondiale face aux nombreuses victimes des combats. Ces dernières décident de se regrouper afin de faire valoir leurs droits sur le plan politique. C'est lors de cette période, que de nombreux Etats dans le monde ouvriront des instituts spécialisés pour les personnes porteuses de déficiences. (Boucher, 2003). Ces dernières se retrouveront placées d'office dans ces lieux, dont le but premier n'est pas de favoriser la reprise d'autonomie et d'indépendance. Boucher, évoque même le « gardiennage de personnes handicapées », favorisant leur stigmatisation et leur exclusion de la société (Ebersold, 2012).

La conception dominante de l'époque est la compréhension du handicap de façon linéaire. Il serait lié aux déficiences de la personne selon une relation de cause à effet : les déficiences entraînent des incapacités, qui elles-mêmes entraînent un désavantage : le handicap. Ce processus a été modélisé dans la Classification Internationale du Handicap (CIH) par Wood en 1980. Dans cette vision, le handicap est donc un facteur individuel : la personne est responsable de son handicap. (Barral, 2007). Ce sont donc les politiques de l'époque qui ont contribué à la représentation de la personne handicapée comme étant : « dépendante, sans pouvoir, asexuelle, ayant toujours besoin des autres, des services et des politiques. » (Boucher, 2003, p.151).

I.1.2. Le modèle intégratif

Les années 1970, marquent un tournant dans l'organisation des affaires publiques liées au handicap. En réaction aux « politiques ségrégationnistes », et au modèle biomédical, des mouvements militantistes en faveur des personnes en situation de handicap se développent (Boucher, 2003). Ils prônent une autonomisation de la personne

et font pression sur le plan politique pour être reconnus et entendus. L'ONU, promulgue alors en 1971, la Déclaration des Droits des personnes Handicapées. (Fougeyrollas, 2010).

C'est ce contexte qui fait évoluer la représentation du handicap : la situation de handicap n'est plus liée aux déficiences de l'individu, mais à la société car elle n'est pas en mesure de répondre aux besoins des individus (Boucher, 2003). Un glissement d'un modèle individuel à un modèle social apparaît avec la volonté d'intégrer les individus en situation de handicap à la société. Selon Ebersold (2012), ce processus intégratif a pour but de « rendre ordinaire l'individu atteint d'une déficience et de le noyer dans le commun » (p.283). Ainsi, de nouvelles lois sont promulguées selon le principe de discrimination positive. Elles améliorent les droits des personnes en situation de handicap afin de lutter contre leur exclusion de la société. (Blaise, 2008).

Malgré la compréhension de l'impact de l'environnement dans la création du processus du handicap, plusieurs critiques sont émises envers ce modèle. Les politiques proposées conduisent la personne à devoir s'adapter à l'environnement. C'est une politique de réadaptation dans la société, il n'y a pas de prise en compte des spécificités et des différences de chacun. (Ebersold, 2012). Ce mouvement suit une politique de discrimination positive, conduisant selon Blaise (2008), à la création d'un « Etat providence parallèle ». Les personnes porteuses de déficiences sont intégrées dans un secteur spécialisé, mais pas au sein de toutes les institutions présentes dans la société.

I.1.3. Le modèle participatif

Face à ce constat, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, offre un nouveau virage dans la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap. Il est reconnu que le handicap est créé par la société, et que c'est à cette dernière de s'adapter pour permettre la participation des personnes. L'individualité de tout un chacun est restaurée, on reconnaît que le handicap ne définit pas une personne. Une nouvelle définition du handicap est apportée (art L114 du Code de l'action sociale et des familles, 2005) :

« Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques,

sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap, ou d'un trouble de santé invalidant »

Ainsi, on affirme que c'est la limitation de participation qui est source de handicap. Afin de la favoriser, la société doit être à même d'anticiper les besoins et les attentes individuelles de tous. Ainsi, un système de compensation des conséquences du handicap est instauré. De même, la société doit garantir l'accessibilité à la scolarité, l'emploi, aux transports, aux nouvelles technologies et aux bâtiments. (Loi n°2005-102 du 11 février 2005, 2005). Cette loi est basée sur le principe de non-discrimination. Il est ainsi reconnu que tous les individus ont le droit d'avoir les mêmes chances de participer à la vie de la cité. Tout ce qui est proposé à une personne valide doit également l'être pour une personne en situation de handicap. (Blaise, 2008 ; Ebersold, 2012).

Ainsi, l'évolution de la compréhension du handicap conduit aujourd'hui à être au cœur d'une société inclusive qui prône la participation sociale. Participer à la vie de la cité est un droit comme le montre l'intégration de ce concept au cœur de nombreux programmes internationaux comme The European Health Policy : Health 2020. (Piskur et al., 2013). Ces considérations n'ont pas seulement touché la sphère politique, le monde de la santé s'est également approprié cette nouvelle vision.

I.2. La participation sociale dans le monde de la santé

I.2.1. La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)

Cette nouvelle classification a été ratifiée en 2001. Elle fait suite aux nombreuses contestations liées à la précédente classification, qui offrait une compréhension du handicap linéaire et centrée sur les déficiences. (Barral, 2007). La CIF se veut universelle, et a volonté d'adopter un langage commun et résolument positif pour tous les professionnels, d'où l'apparition dans la classification des termes « d'activité » et de « participation » pour remplacer respectivement les termes « d'incapacité » et de « handicap ». (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2001).

Selon l'OMS, la CIF « permet de décrire des situations relatives au fonctionnement humain et aux restrictions qu'il peut subir » (p.7). Ainsi, elle guide les professionnels en leur permettant de structurer l'information et d'établir des liens. La CIF est organisée en deux parties. La première concerne le fonctionnement et le handicap

(organisme, activité et participation). La seconde concerne les facteurs contextuels se définissant par les facteurs environnementaux et personnels. Les interactions entre tous ces facteurs permettent de décrire le fonctionnement humain (cf. annexe 1).

Dans ce modèle, l'activité est définie comme étant « l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne », et la participation représente « l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle ». (OMS, 2001, p.10). Les domaines des activités et de la participation constituent une liste unique au sein de la CIF. Elles s'opérationnalisent par la capacité et la performance. La capacité représente l'aptitude d'une personne à réaliser une activité dans un environnement normalisé, par exemple prendre une douche à l'hôpital. La performance « décrit ce qu'un individu fait dans son environnement ordinaire » (OMS, 2001, p.15), c'est à dire l'expérience vécue dans le cadre de vie réel où les facteurs contextuels influencent l'accomplissement de l'activité comme par exemple prendre une douche chez soi. Ainsi, l'écart entre la capacité et la performance permettrait de déterminer de quelle façon les facteurs environnementaux influencent la participation d'une personne. Cependant, ce modèle reste à ce jour encore vivement critiqué, notamment car l'existence d'une liste unique ne facilite pas la distinction entre les activités et la participation. (Hemmingson et Jonsson, 2005).

I.2.2. Le modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH)

Un deuxième modèle permettant d'expliquer le fonctionnement humain est prédominant dans le monde de la santé : le MDH-PPH. Il s'agit de la version améliorée du PPH (Processus de Production du Handicap) conçu suite aux critiques de la CIF et à l'évolution des connaissances (Fougeyrollas, 2010).

Ce modèle anthropologique a été élaboré autour d'une approche inclusive, c'est-à-dire qu'il n'est pas possible de concevoir le handicap comme étant une réalité séparée du développement humain, c'est un modèle applicable à tous. Il permet de préciser et décrire les conséquences des éléments impliqués dans l'apparition « des maladies, des traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne » (Fougeyrollas, 2010, p.147).

Il se décompose en trois parties (cf. annexe 2). La première concerne les facteurs personnels correspondant aux caractéristiques intrinsèques de la personne (facteurs

individuels, système organique et aptitudes). La deuxième partie correspond aux facteurs environnementaux correspondant aux facteurs physiques et sociaux. Enfin, la dernière partie se réfère aux habitudes de vie définies par les activités courantes et les rôles sociaux. Ces trois parties sont en interaction. Selon Fougeyrollas, le « résultat de l'interaction des facteurs personnels et environnementaux qui se traduisent par des conséquences sur les habitudes de vie » permet de déterminer la qualité de la participation sociale d'un individu. (Fougeyrollas, 2010, p.181). Ainsi, dans ce modèle, la réalisation des habitudes de vie dans son milieu correspond à la participation sociale de l'individu. Pour l'auteur, la réalisation des habitudes de vie assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société, d'où l'importance de déterminer quels sont les éléments qui font obstacles à leur accomplissement. Ainsi, une restriction de la participation correspond à une situation de handicap. Dans ce modèle la participation est donc un élément central.

Au final, ces deux approches ont des définitions relativement proches de la participation sociale. En revanche, cette dernière n'est pas opérationnalisée de la même façon. La CIF considère qu'elle doit être comprise en termes de capacité et de performance, alors que le MDH-PPH postule qu'elle est relative aux habitudes de vie. Malgré ces divergences, les deux modèles montrent que l'être humain est un être social qui vit en société, et qu'être inclus dans celle-ci est garant de santé et de bien-être. (Lievin, 2015). Ces deux modèles postulent également que la participation sociale est un processus dynamique et changeant, dépendant de nombreuses variables. La prochaine partie permettra de mettre en évidence la difficulté de saisir ces dernières.

I.3. Conceptualiser la participation sociale, un enjeu scientifique

I.3.1. Pourquoi conceptualiser ?

Nous pouvons tout d'abord nous interroger sur l'intérêt de conceptualiser une notion. Pour Dickoff (cité par Meyer, 2013), « un concept est une représentation générale et abstraite d'un objet ou d'une classe d'objet » (p.30). Elaborer un concept permet d'en parler, de se le représenter, d'y réfléchir, mais également d'établir des liens avec d'autres concepts. Conceptualiser un terme, permet donc de le comprendre mais également de l'intégrer dans des cadres théoriques permettant de justifier une pratique. (Meyer, 2013)

I.3.2. Une confusion des termes

La conceptualisation de la participation sociale n'est pas aisée, notamment par le mélange des termes employés dans la littérature scientifique. Ainsi sont couramment utilisés les termes de participation, d'intégration sociale ou encore d'inclusion sociale pour faire référence à la participation sociale (Piskür et al., 2013). Lievin (2015), clarifie ces termes. Selon lui, « l'intégration consiste à favoriser l'adaptation de la personne handicapée dans un milieu ordinaire » (p.27). Cette adaptation est rendue possible par l'appartenance de l'individu à plusieurs groupes (professionnels, familiaux etc...) en respectant les normes et valeurs sociales majoritaires pour être reconnu comme les autres. L'intégration résulte donc de la socialisation. L'inclusion sociale signifie « faire partie de la société ». (p.38). Dans une société inclusive, le handicap, par exemple, n'est pas considéré comme étant une déviance en rapport à une norme socialement établie. La personne cherche à s'adapter selon les normes sociales existantes, et les normes sociales s'ajustent pour accepter la diversité. La participation sociale est ce qui permet l'inclusion sociale. Enfin, Piskür et al. (2013), montrent que le terme de participation (notamment utilisé par la CIF) n'est pas différent du terme de participation sociale, et que les deux s'utilisent de façon interchangeable.

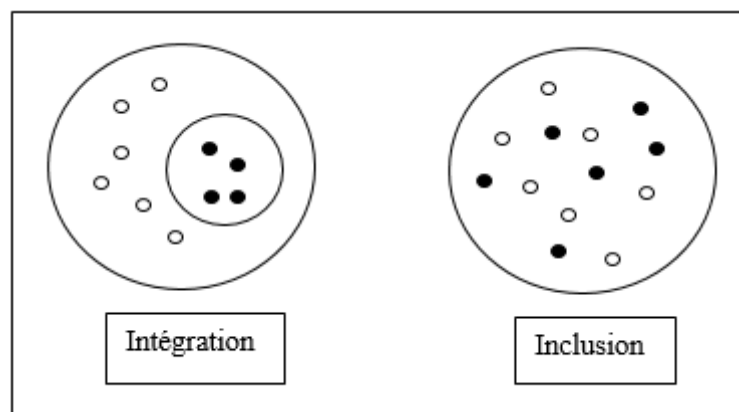


Figure 1: Représentation schématique et différenciation des termes d'intégration et d'inclusion selon Lievin (2015)

I.3.3. Une absence de consensus sur la définition

Actuellement, la définition de la participation sociale ne fait pas l'unanimité au sein de la communauté scientifique (Carbonneau et al., 2013). Plusieurs articles scientifiques sont écrits dans le souci de clarifier ce concept. (Desrosiers, 2005 ; Larivière, 2008).

Heinemann et al. (2010), montrent que le symposium international sur la mesure de la participation dans les recherches en réadaptation avait échoué à établir une définition précise de celle-ci. Les définitions de la participation sociale sont différentes selon les modèles conceptuels dans lesquels elles s'inscrivent, mais aussi selon les points de vue. La définition est souvent dépendante d'une catégorie de personne : les personnes âgées, les jeunes etc... (Lievin, 2015). Les définitions de la participation sociale sont multiples et diffèrent les unes des autres, mais pour autant ne sont pas suffisamment distinctes de la définition proposée par la CIF selon Piskür et al. (2013). Dans une revue de la littérature portant sur l'ensemble des définitions de la participation sociale Larivière (2008) montre qu'il est possible d'extraire des attributs communs à ces définitions. La participation impliquerait « une action de la part de l'individu », de plus « cette action apporterait une contribution à d'autres personnes » (p. 118).

Selon Carbonneau et al. (2013), une effervescence se manifeste actuellement autour des recherches sur la participation sociale. En effet, être en situation de participation sociale augmenterait le bien-être de la personne et serait reliée à la santé, d'où l'importance portée à ce concept. (Larivière, 2008). Cependant, Carbonneau et al. montrent que l'absence de consensus sur les définitions a d'importantes répercussions sur la recherche et la clinique car il est difficile de comparer les résultats des études. Nous allons à présent cerner comment ce concept est alors compris en ergothérapie.

II. La participation sociale, finalité de l'intervention en ergothérapie

II.1. L'ergothérapie, une profession qui suit les mutations sociales

II.1.1. De la déficience à la participation sociale

La Seconde Guerre Mondiale a permis l'essor de l'ergothérapie dans le champ de la médecine physique. Les ergothérapeutes sont alors centrés sur un modèle biomédical où l'homme est considéré comme étant un système neuro-musculaire, une approche analytique de la pathologie est utilisée. (Wagner, 2005). La vision du thérapeute est donc centrée sur les déficiences de l'individu, sur son corps.

Parallèlement aux mouvements de mobilisation des personnes en situation de handicap, les années 80 voient la remise en cause du modèle biomédical. Les

ergothérapeutes s'orientent vers une approche systémique où l'être humain est considéré comme un tout agissant dans un environnement (Wagner, 2005). Cette nouvelle perspective s'inscrit donc dans un cadre humaniste, dans lequel l'homme est considéré comme étant un être bio-psycho-social et non pas uniquement défini par ses déficiences. Les champs d'intervention évoluent, les ergothérapeutes ne s'intéressent plus uniquement aux habiletés et capacités, mais aux habitudes de vie et à la motivation des personnes : « l'ergothérapie ne se rééduque plus en fonction d'une norme, mais des intérêts de chacun » (Botokro, 2006, p.12). Les lieux d'exercices se diversifient, les ergothérapeutes sortent progressivement des institutions pour s'intéresser au domicile des patients. (Botokro, 2006). Enfin, dès 1990, le but ultime de l'intervention en ergothérapie est considéré comme la promotion de l'autonomie du patient. (Wagner, 2005).

En reprenant les expressions de Flynn, Charret (2015), se demande si la pratique ergothérapique ayant évoluée du « lit au travail », puis du « lit à l'autonomie », ne serait pas aujourd'hui « du lit à la participation ». Elle montre « qu'aujourd'hui l'ergothérapie vise l'accès et la participation aux activités humaines dans l'environnement naturel de la personne » (p.71). De plus en plus d'articles écrits par des ergothérapeutes paraissent et s'intéressent aux stratégies permettant de promouvoir la participation sociale. Ainsi, l'accompagnement en ergothérapie ne se réduit plus à permettre la reprise des activités de la vie quotidienne au domicile, mais il vise à l'épanouissement des personnes dans la société (Lievin, 2015). Par conséquent, le focus actuel de l'intervention ergothérapique va au-delà du développement de l'indépendance. (Meyer, 2013). Cette idée est reprise par de nombreux auteurs dont Law (2002), qui considère que la participation sociale constituerait alors la finalité de l'intervention en ergothérapie. Elle écrit que ce serait même la « raison d'être » de cette profession qui doit viser l'amélioration de la participation sociale des individus.

II.1.2. L'avenir : de l'institution à la société

Lievin (2015), montre qu'aujourd'hui l'ergothérapie ne se situe plus aux frontières du monde médical et du monde social, mais qu'elle est solidement ancrée dans ces deux domaines. Ainsi, de nouvelles perspectives s'ouvrent pour la profession. Selon Clavreul (2015), il est nécessaire d'aborder le handicap sous l'angle social et non plus uniquement médical. L'auteur montre que l'autonomie ne se développe pas seule mais dans les relations. Ainsi, un suivi en ergothérapie doit permettre d'accompagner la personne dans

sa prise de conscience d'être « un sujet agissant et existant socialement ». (Clavreul, 2015, p. 72). De ce fait, l'auteur considère que permettre un accès aux activités sociales est un facteur d'inclusion sociale. Contribuer à l'inclusion sociale, toujours selon Clavreul, reviendrait à questionner « les objectifs, les modalités de la participation, mais aussi la place du sujet dans notre société » (p.78). Afin de s'intéresser à la place réelle du sujet dans la société il est nécessaire de pouvoir s'y déplacer. L'ergothérapie permet ce passage d'un monde institutionnel à la vie quotidienne. Les nouvelles politiques favorisent l'ouverture des institutions notamment avec la mise en place de soins en ambulatoire afin de permettre le maintien à domicile (Lievin, 2015). Ainsi, « le modèle hospitalo-centré » laisse progressivement place au modèle « domicilio-centré » (Trouvé, Offenstein et Agati, 2015). Pour Lievin (2015), l'ergothérapeute devrait même pratiquer aujourd'hui sur les lieux de vie des usagers. Guihard (2001) va plus loin et considère que non pas le retour, mais finalement l'arrivée à domicile devrait être envisagée dans le cadre général de la cité.

Ainsi, nous observons que depuis sa naissance l'ergothérapie ne cesse d'évoluer. Aujourd'hui, considérer la participation sociale revient à s'intéresser à comment les individus sont inclus au sein de la société par le biais de leurs occupations sociales. Nous allons à présent nous intéresser à la façon dont ce concept est compris en France.

II.2. La participation sociale en France

II.2.1. Une diffusion récente

Le concept de participation sociale est présent depuis quelques années en ergothérapie comme le montre le nouveau référentiel de compétences lié à l'arrêté du 10 juillet 2010 relatif au diplôme d'ergothérapeute. Ce programme a été conçu pour que la formation obtienne un niveau universitaire. Pour le créer, et de façon à ce qu'il s'intègre dans une perspective universitaire, il était important de s'appuyer sur des données scientifiques qui sont la base des fondements théoriques de la profession. Ainsi, les sciences de l'occupation développées depuis une vingtaine d'années à un niveau international ont servi de base à la conception de ce nouveau programme d'études (Morel-Bracq, 2010). Ce dernier intègre le concept de participation sociale et énonce que les ergothérapeutes doivent savoir l'évaluer, mais aussi savoir utiliser les concepts théoriques s'y référant. (Ministère de la santé et des sports, 2010).

Malgré cela, Meyer (2013) constate que la maîtrise et le maintien d'un vocabulaire spécifique à l'ergothérapie est absent. Elle explique qu'en Europe il existe un manque de terminologie propre à ce domaine qui soit « reconnue comme légitime et diffusée » (p.XI). Selon l'auteur ces données s'expliquent par le contexte d'exercice et de développement de la profession. Evoluant dans le quotidien il faut être capable de l'évoquer de façon claire avec les usagers et leurs proches. En effet, Lievin (2015) mentionne le fait « que les professionnels promotionnent des modèles généraux et appliqués développés dans un paradigme issu du premier contexte, alors qu'ils doivent au quotidien, évoluer dans une réalité plus proche de l'utilisateur : sa réalité » (p. 12). Ainsi, il existe souvent un décalage entre ce qui est conçu en théorie et ce qui est appliqué en pratique. De même, se pose la question d'être reconnu comme professionnel compétent dans un monde médical où prédomine une conception du fonctionnement corporel avec son vocabulaire spécialisé. Enfin, pour être reconnu par la communauté scientifique il est nécessaire de s'ériger en tant que discipline académique avec un corpus de connaissances propres à la profession, ce qui émerge seulement en France. La majorité des écrits concernant la profession sont rédigés en anglais. Cependant la traduction n'engendre pas toujours le même sens entre les langues comme l'illustre bien le terme d'occupation.

Néanmoins, actuellement, la littérature scientifique française concernant la participation sociale se multiplie comme le montre la parution du premier numéro dédié à ce concept dans la revue française de l'ergothérapie en mai 2016. De même, des conférences sont organisées en référence à cette notion comme le colloque organisé par le GIFFOCH (Groupe International Francophone pour la Formation aux Classifications du handicap) à Rennes en octobre 2015 sur la participation sociale et la qualité de vie des personnes handicapées (Maison des sciences sociales du handicap [MSSH], 2015) ; ou encore la 9^{ème} journée d'ergothérapie de Garches en février 2016 sur le handicap et la participation sociale (Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant [ANAE], 2015). Enfin, la plupart des nouveaux articles français utilisent ce concept avec la volonté de questionner la place de l'individu au sein de la société et la place de l'ergothérapeute dans ce système. Ainsi, la diffusion du concept de participation sociale commence à se développer en France, mais comment est-il compris et théorisé par les chercheurs Français ?

II.2.2. Théorisation européenne de la participation sociale

II.2.2.1. Choix du modèle

Comme nous l'avons vu précédemment, la littérature Française sur la participation sociale se multiplie et il existe encore peu d'écrits concernant sa théorisation. En revanche, nous pouvons nous référer au cadre conceptuel proposé par le groupe ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education). Le groupe ENOTHE est le réseau Européen des écoles en ergothérapie. Il est constitué d'ergothérapeutes venant de six pays différents, dont la mission est de promouvoir le développement de l'ergothérapie en Europe (Meyer, 2013).

Nous choisissons de prendre comme référence ce cadre conceptuel pour plusieurs raisons. La première étant évidemment sa conception européenne, pouvant donc se transposer facilement en français. Deuxièmement, ce cadre a été élaboré par des ergothérapeutes pour des ergothérapeutes. De plus, sa conception a été pensée autour d'une problématique qui est centrale dans les pays européens aujourd'hui en ergothérapie : le manque d'une terminologie uniforme spécifique à ce métier. Le groupe ENOTHE conscient de cette difficulté a voulu proposer un ensemble de définitions traduites. Au fur à mesure du choix des termes et de leur traduction, il est apparu pour les auteurs que certains termes avaient des liens entre eux, et qu'il était possible de les regrouper. C'est ainsi que le cadre conceptuel qui a été nommé « Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE » : CCTE, est apparu. Enfin, les définitions de chacun des termes choisis ont été élaborées à l'aide de définitions déjà existantes dans la littérature ergothérapique. Les auteurs se sont donc basés sur du matériel théorique déjà présent et utilisé dans d'autres pays. Cette façon de faire semble pertinente puisqu'elle permet une synthèse de la littérature. (Meyer, 2013).

II.2.2.2. Présentation du modèle

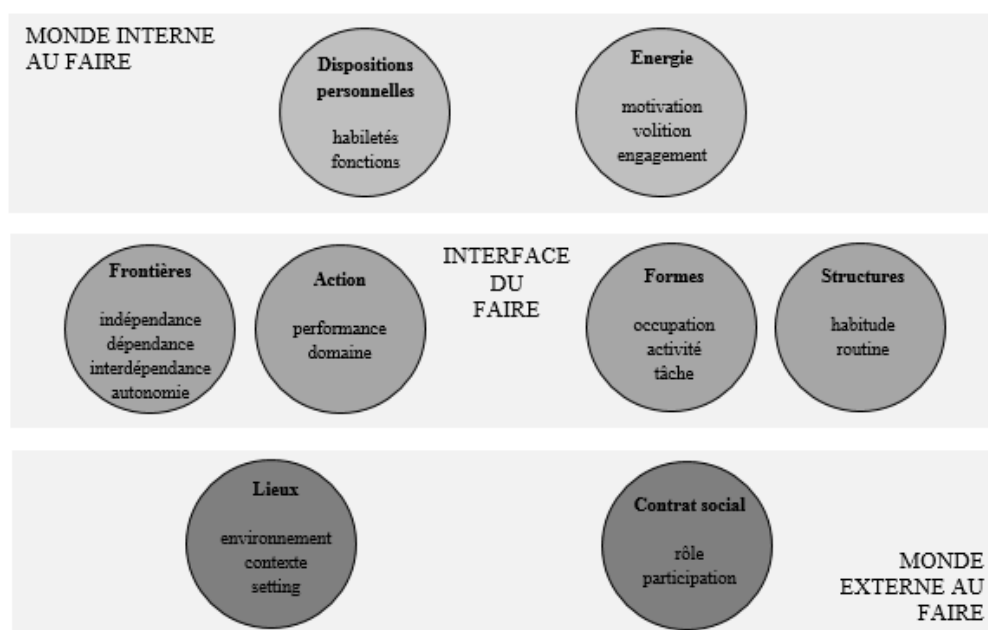
Lors de la réalisation de ce modèle les auteurs se sont aperçus qu'il était difficile de saisir et d'expliquer toutes les relations liant les concepts les uns aux autres tant cela est une réalité complexe et donc trop difficile à décrire précisément. Afin de pouvoir les examiner sans adopter une pensée réductionniste, les auteurs se sont tournés vers la théorie de la complexité. Cette théorie « renonce aux relations hiérarchiques fixes entre les concepts » (Meyer, 2013, p.29), et « s'attache à comprendre des phénomènes forts

différents, par exemple l'économie des marchés financiers, un atome, une famille, en considérant que ce sont des systèmes dynamiques ou chaotiques qui ne sauraient pas être compris en isolant les éléments pour les étudier séparément » (Meyer, 2013, p.35). Cette théorie apporte donc, une nouvelle façon de voir les éléments qui la composent en les regardant sous différents angles. Cela est très utile en ergothérapie, puisqu'il est possible de prendre en compte le fait qu'un élément puisse être « a » mais aussi « non a ». Meyer, prend comme exemple « manger du pain » pour expliquer ce phénomène. Selon la façon dont l'ergothérapeute voit cet élément il peut être considéré comme étant une tâche au sein d'une activité, ou comme étant l'activité elle-même. Il est ainsi possible d'utiliser un éclairage « souple et dynamique » en utilisant ce modèle (p.29).

Le modèle est constitué de huit familles de concepts répartis entre le monde interne du faire, le faire (interface du faire), et le monde externe du faire. Selon Meyer, « pour les ergothérapeutes, « faire », met toujours l'acteur aux prises avec l'environnement dans un perpétuel ajustement de l'un à l'autre qui les rend indissociables » (p.40). Ainsi, lorsque l'individu agit dans l'environnement il est à l'interface d'un monde interne, personnel, et d'un monde externe, ne dépendant pas de lui. Le résultat de son action dépend de l'interaction entre le monde interne et le monde externe.

Dans le CCTE, « le monde interne » représente donc tout ce que la personne « met en œuvre pour agir » (p.41) et contient les familles dispositions personnelles et énergie.

Ces



éléments, propres à l'individu, sont indispensables pour lui permettre d'être performant dans la réalisation des occupations, mais aussi pour s'engager dans celles-ci. Le domaine du « faire » correspond à l'action du sujet, sa performance, influencée par le monde interne et le monde externe. Il comprend les familles frontières, action, formes et structures. Enfin, le « monde externe » « rend compte du fait que l'individu par ses actions est en relation avec la société et l'environnement physique » (p.41). Il contient les familles lieux et contrat social. Il fait donc référence à ce qui entoure l'individu autant d'un point de vue physique que social.

Figure 2: Répartition des familles dans le Cadre Conceptuel Théorique d'ENOTHE (CCTE)

II.2.2.3. La participation sociale au sein de ce modèle

La participation fait partie de la famille « contrat social » et est située dans le monde externe. Les auteurs ont dénommé cette famille ainsi car cela permet de décrire les liens développés entre l'individu et la société par l'intermédiaire des occupations. Cela présuppose donc que la participation est le fruit des occupations dans un environnement social donné.

La définition de la participation a été élaborée à l'aide de dix-neuf définitions trouvées dans la littérature. Elle est définie comme suit dans le CCTE : « L'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées » (Meyer, 2013, p.170).

Meyer, apporte quelques précisions quant à la définition proposée. Cet engagement doit se produire dans une situation de vie réelle pour que l'on puisse parler de participation, et non dans une situation imaginée. De plus, elle ne nécessite pas forcément la présence physique de la personne. En effet, nous pouvons participer par l'intermédiaire des réseaux sociaux ou de notre téléphone portable. De même, participer ne signifie pas réaliser des activités solitaires. Elles se font conjointement avec des tiers qui ne sont pas forcément connus de la personne. En revanche, il est possible de considérer une activité solitaire comme étant une situation de participation dès lors qu'elle prépare la participation. Ce peut être par exemple se préparer avant d'aller au travail. Enfin, la participation n'implique pas forcément une pleine performance (choix, organisation et réalisation de l'activité). Cela se produit lorsque la personne est spectatrice. Par exemple, participer à un dîner sans avoir eu à le préparer. Ou encore, lorsque la personne effectue

une activité sous contrainte. Ainsi, performance et participation peuvent être liées, mais l'une n'implique pas forcément l'autre.

En définitive, la participation sociale peut être vue comme la finalité de l'ergothérapie. Nous sommes en situation de participation par notre engagement dans des occupations sociales. L'ergothérapeute est le professionnel qui permet de « maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace » (Association Nationale Française des Ergothérapeutes [ANFE], 2016), il est donc celui qui intervient pour limiter les restrictions de participation sociale. Lievin (2015), en se plaçant également dans le cadre théorique du CCTE, montre que la participation sociale s'opère à plusieurs niveaux : un niveau micro (la famille, les amis), un niveau méso (la communauté : école, travail...), et le niveau macro (la société : l'implication citoyenne). L'ergothérapeute peut donc être amené à évaluer chacun de ces niveaux, mais de quels outils dispose-t-il pour évaluer ce concept ?

III. L'examen de la participation sociale

III.1. L'examen de la participation sociale, partie intégrante du processus d'intervention en ergothérapie

III.1.1. Le processus d'intervention en ergothérapie

Afin de décrire le processus d'intervention nous nous baserons sur la description qu'en fait le groupe ENOTHE. (Meyer, 2013). L'intervention ergothérapique est jalonnée de différentes étapes. Toutes ces étapes ont en commun une cible : l'occupation. Quelles sont les occupations de l'utilisateur, dans quel contexte, avec qui, quelles sont les restrictions occupationnelles, et comment favoriser l'engagement occupationnel afin de permettre une pleine participation sociale ? Toute intervention débute par le dépistage et l'examen initial qui correspondent à l'entretien. Cette première entrevue permet de déterminer s'il y a un réel besoin en ergothérapie pour le patient, et si celui-ci en voit l'intérêt. S'il est effectivement établi que l'individu a besoin de soins ergothérapiques, une évaluation de ses difficultés et de ses forces est conduite. A partir des problèmes et ressources identifiés l'ergothérapeute met en œuvre le plan d'intervention. Celui-ci est défini par les buts fixés entre le patient et le thérapeute. Enfin, tout au long du plan d'intervention il y a une

évaluation continue des progrès. Cela permet de juger l'efficacité de l'intervention mais aussi de réajuster les buts et les moyens en cas de besoin.

III.1.2. Le processus d'évaluation en ergothérapie

Le processus d'évaluation permet de recueillir des informations de qualité à propos de l'individu, de ses capacités, de ses besoins, de ses désirs, de son contexte de vie, ou encore de la réalisation de ses occupations. (Margot-Cattin, 2008). L'obtention de ces informations permet « d'intervenir à bon escient, en facilitant l'engagement dans des occupations ou la transformation de celles-ci, car elles sont constitutives de la participation sociale (de l'individu) » (Meyer, 2013, p.226). Ainsi, afin d'établir des buts d'intervention cohérents à la problématique de l'individu, il est nécessaire de recueillir des données pertinentes et de les interpréter correctement. Les données qualitatives et quantitatives peuvent être récoltées par l'observation et les instruments de mesure. Selon Meyer, l'observation n'est pas uniquement regarder, mais aussi écouter, par l'intermédiaire de l'entretien. Les instruments de mesure permettent de soutenir les observations. En outre, selon l'American Occupational Therapy Association (AOTA, 2014) et Gutman et al. (2007), les évaluations standardisées doivent même être privilégiées lorsqu'elles sont disponibles car elles sont des éléments clés d'une pratique basée sur les preuves. Les instruments de mesure soutiennent le raisonnement des ergothérapeutes, le processus d'intervention, facilitent la communication avec les autres professionnels et les usagers, et permettent de porter des jugements fondés sur les preuves et non l'intuition. En outre, leur utilisation contribue à démontrer l'efficacité des interventions et donc à la reconnaissance de la profession (Meyer, 2007). Même « s'il va de soi que les instruments ne permettent pas de rendre compte de la complexité de la personne, de celle de l'ergothérapie ou de celle des occupations humaines » (Meyer, 2007, p.122), ils peuvent y participer.

Au final, le processus d'intervention permet d'offrir une réponse adaptée aux besoins du patient. Sa finalité est l'amélioration de la participation sociale en favorisant l'engagement occupationnel. Etablir un plan d'intervention nécessite d'évaluer en utilisant de préférence des instruments d'évaluation standardisés. Concevoir de tels instruments nécessite d'opérationnaliser le concept à priori.

III.2. Opérationnalisation de la participation sociale

III.2.1. Mesurer l'engagement

Rappelons que la définition de la participation sociale selon le CCTE est « l'engagement, par l'activité, dans une situation de vie socialement contextualisée », mais comment saisir cet engagement ? Selon l'AOTA (2008), il est complexe de déterminer l'engagement car il est déterminé par plusieurs facteurs. Selon Meyer (2013), l'engagement est « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou occupation » (p. 155). L'engagement est donc le résultat d'une implication relationnelle, émotionnelle, attentionnelle et physique durable dans le temps, et dans une activité désirée. Il implique donc des aspects subjectifs positifs ainsi que son maintien durant la performance (Meyer, 2013).

L'engagement occupationnel implique donc des facteurs objectifs et subjectifs. (AOTA, 2008). Les facteurs objectifs sont les facteurs physiquement observables. Ils concernent l'intensité, c'est-à-dire la fréquence à laquelle les activités sont réalisées (Larivière 2008 ; Rosenberg, 2010) ; le degré de réalisation, c'est-à-dire le degré de difficulté pour réaliser l'occupation (Castelein, 2005 ; Larivière 2008) ; et le type d'aide requis pour effectuer l'occupation (Castelein, 2005 ; Larivière 2008 ; Rosenberg 2010). Cependant, la mesure de l'engagement ne peut se réduire à l'observation qui n'est pas assez sensible pour déterminer le niveau d'engagement d'un individu (Hemmingsson & Jonsson, 2005). Coster et Khetani (2008), expliquent que l'on peut observer un individu qui ne semble pas engagé dans une activité car on n'observe rien, alors que lui, personnellement se sent très investi. La dimension subjective, inhérente à l'individu est indispensable. Il est important de mesurer le degré de satisfaction de l'individu (Castelein, 2005 ; Larivière 2008 ; Meyer, 2013). Castelein explique qu'il n'y a pas toujours de corrélation entre le niveau de satisfaction et les difficultés dans la réalisation d'une occupation d'où l'importance de le mesurer afin de conserver une vision centrée sur le patient. Le degré d'importance (Castelein, 2005 ; Larivière 2008) doit également être pris en compte puisqu'il permet de comprendre comment l'individu priorise ses difficultés (Castelein, 2005). Enfin, la dimension subjective doit être comprise en terme d'autonomie et d'autodétermination, c'est-à-dire la faculté de l'individu à pouvoir choisir ses activités (Hemmingsson & Jonsson, 2005 ; Larivière 2008). En effet, le niveau d'engagement ne

sera pas équivalent chez une personne contrainte d'effectuer une activité que chez une personne l'ayant choisi de plein gré. Ainsi, « l'engagement qualifie une expérience humaine dans une occupation, différente de la qualité de la performance. ». (Meyer, 2013, p.154).

III.2.2. Mesurer « des situations de vie socialement contextualisées »

III.2.2.1. De l'occupation aux situations de vies

Larivière (2008), montre qu'il y a un consensus sur l'ensemble des outils déterminant la participation sociale, pour dire que cette dernière peut se mesurer via les occupations. Pour Meyer (2013), l'occupation, qui est le support de la participation sociale, correspond à un groupe d'activités qui ont une valeur personnelle et socioculturelle. Cependant, certains auteurs montrent qu'il est complexe de faire la différence entre un ensemble d'activités et une situation de vie (Whiteneck et Djikers, 2009). Ils expliquent le fait que le type d'occupations devant faire partie de la mesure de la participation sociale ne fait pas l'unanimité. Selon Meyer, une personne est en situation de participation dès lors que les occupations réalisées produisent des interactions avec des tiers. La participation sociale représente le lien de l'individu avec la société, elle se manifeste donc dans un environnement social et communautaire. Les occupations sociales seraient donc le support de la participation sociale. Les situations de vie socialement contextualisées peuvent être publiques (participer à une manifestation) ou privées (participer à un repas en famille). Cependant, Larivière, considère que les activités solitaires contribuent également à la participation sociale dès lors que ces dernières préparent la participation. Par exemple, se préparer le matin avant d'aller travailler est une activité réalisée individuellement, mais qui permet d'aller travailler, donc de participer à la société. Ainsi, le panel des occupations contribuant à la participation sociale est large et difficilement délimitable.

Certains modèles conceptuels ont tenté de déterminer les grands domaines de la participation sociale. Ainsi, la CIF a établi une liste de 9 domaines évaluant les activités et la participation (OMS, 2001), alors que le MDH-PPH en considère 13 pour évaluer la participation sociale (Fougeyrollas, 2010). Face à ces divergences Carbonneau et son équipe (2013) ont effectué une synthèse de la littérature entre 1980 et 2009 leur permettant d'aboutir à une taxonomie des activités sociales. Ainsi, ils considèrent que les

activités sociales peuvent être classées en 6 niveaux. Le premier niveau permet à la personne « de se préparer à être en relation avec d'autres personnes » (p. 4) et le second niveau regroupe les activités permettant à la personne d'être à proximité des autres sans pour autant être en interaction avec eux. Ces deux niveaux regroupent les activités de base comme manger, se laver etc... Le troisième niveau permet d'interagir avec les autres sans faire une activité spécifique, il est donc lié à la socialisation. Le quatrième correspond à faire une activité avec les autres, il est donc dirigé vers la réussite de la tâche. Enfin les deux derniers niveaux représentent le fait d'aider les autres et de contribuer à la société. Ainsi, les occupations peuvent être « réalisées pour soi-même, avec les autres ou pour les autres » (p.5). Les 6 niveaux rejoignent le concept de participation, les niveaux 3 à 6 celui de participation sociale, et les niveaux 5 à 6 celui d'engagement social. (Cf. annexe 3).

III.2.2.2. L'apport des rôles sociaux dans la mesure de la participation sociale

Au-delà des occupations, Djaoui (2015), montre que la prise en compte des rôles sociaux des individus permet d'affiner notre compréhension de la relation entre l'individu et son univers social. Plus particulièrement elle permet de concevoir les sujets comme êtres psychiques, acteurs sociaux et aussi comme citoyens. Meyer (2013) définit les rôles sociaux comme étant : « Des normes et des attentes sociales et culturelles, portant sur la performance occupationnelle, qui sont associées à l'identité personnelle, et sociale de l'individu ». (p.16).

Afin d'évaluer la participation sociale, plusieurs auteurs recommandent de porter attention aux rôles sociaux. Ainsi, selon Whiteneck & Dijckers (2009), participer renvoie à l'accomplissement des rôles sociaux. Participer reviendrait à saisir la performance des rôles sociaux, permettant de mesurer la performance de l'individu à un niveau social et non plus à un niveau individuel. Bode et al. (2010), ont développé au sein du groupe PROMIS (The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Experience) une banque d'items permettant de mesurer la participation sociale. Ils considèrent que la participation sociale se mesure via les rôles sociaux des individus (relations maritales, responsabilités parentales, responsabilités au travail et activités sociales) et les activités (activités avec la famille, avec les amis, de travail et de loisirs). Cette idée se retrouve également chez Castelein (2015).

Meyer, montre que les rôles sociaux permettent de comprendre l'ampleur et la nature de la participation sociale, et inversement la participation sociale permet d'accomplir ses rôles sociaux. Whiteneck & Dijkers, indiquent que l'accomplissement des rôles sociaux se fait par l'intermédiaire des activités. Une activité peut être spécifique à un rôle social, tout comme une même activité peut englober plusieurs rôles sociaux. Djaoui, précise le lien entre l'activité et les rôles sociaux. Il montre que les rôles sociaux ne se limitent pas au « faire » de l'activité, mais qu'ils permettent de considérer les dimensions psychoaffectives et sociales des activités. Ainsi, s'intéresser aux rôles sociaux d'un individu revient à s'intéresser aux sens qu'il donne à ses activités. Djaoui fait le parallèle avec la notion d'activités signifiantes ; ayant une valeur personnelle pour le sujet ; et d'activités significatives ; ayant une valeur aux yeux de la société.

Ainsi, capturer l'essence même de la participation sociale est un défi car il faut tenir compte des préférences personnelles et des intérêts des individus, de ce que la personne fait, où, avec qui et quel plaisir et satisfaction elle en retire. (Law, 2002). L'élaboration des outils n'est donc pas aisée comme nous allons le voir dans la partie suivante.

III.3. Les outils évaluant la participation sociale

III.3.1. Problématique du développement des outils mesurant la participation sociale

Dans sa revue de la littérature Larivière (2008), recense 17 outils mesurant la participation sociale. Heinemann (2010) explique qu'il existe de nombreux outils la mesurant en lien avec la pluralité des conceptions qu'il existe. De même, comme nous l'avons vu dans la partie précédente il est difficile de déterminer précisément les situations de vie dans lesquelles la participation s'effectue. De ce fait, des auteurs développent des outils pour des situations de vie particulières comme La Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE), conçue pour mesurer la participation des enfants pendant les loisirs et la récréation. (Coster et Khetani, 2008). De même, le nombre des outils s'explique également par le fait que certains sont spécifiques à certaines populations. En effet, Coster et Khetani expliquent qu'il est plus difficile de mesurer la participation sociale des enfants (car différente de celle des adultes) et que des outils spécifiques peuvent alors être utiles.

Le manque de définition claire et précise influence également la qualité psychométrique des outils existants. En effet, selon Coster et Khetani, le manque de

définition consensuelle ne peut guider suffisamment la sélection des items devant être consistants avec le construit. Ainsi, la validité des instruments est impactée, tout comme la qualité des mesures effectuées. Dans une étude sur la qualité psychométrique de huit outils mesurant la participation, Magasi (2010), montre que seulement deux échelles possèdent des propriétés psychométriques complètes (la MHAVIE : Mesure des Habitudes de Vie et l'IPAQ : Impact on Participation and Autonomy Questionnaire). Whiteneck et Dijckers (2009), expliquent qu'il est difficile d'utiliser la théorie de réponse aux items, méthode communément utilisée pour créer des outils en réadaptation. Ces outils ont la propriété de ne pas dépendre d'un groupe d'individus en particulier. Or, la participation sociale implique des choix individuels. L'ensemble de ces considérations diminue donc la qualité psychométrique des outils proposés.

Un autre constat concernant l'utilisation des outils a été fait par Larivière. Elle explique que la plupart des outils recensés dans la littérature scientifique pour mesurer la participation sociale sont des outils ayant été testés pour des recherches en réadaptation. Il est donc nécessaire de s'assurer de l'applicabilité de ces instruments en pratique, d'autant plus si l'on souhaite que les professionnels investissent ce concept.

Enfin, la plupart des outils recensés dans la littérature sont des outils anglophones, validés dans les pays dans lesquels ils ont été créés. Peu d'outils français existent, et peu d'outils anglophones ont été traduits. (Poulin & Desrosiers, 2010).

Au vu de ces données la partie suivante présente quels sont les outils dont dispose l'ergothérapeute pour mesurer la participation sociale.

III.3.2. Les outils mesurant la participation sociale

Le contexte médical et politique pousse de plus en plus à l'utilisation d'outils validés et fiables pour conduire les évaluations afin de permettre un échange d'informations et une comparaison facilitée. (Seene, 2009). Selon ce même auteur, les ergothérapeutes doivent donc s'inscrire dans ce mouvement. En effet, cette démarche permet de garantir la qualité des interventions. Elle permet de mesurer et donc de démontrer l'efficacité de la thérapie dans le temps et contribue ainsi à la reconnaissance de la profession dans le domaine de la santé et du social. Selon Castelein (2015), « l'amélioration de la participation constitue un enjeu important de la réadaptation. (...) L'évaluation des restrictions initiales de la participation et de son évolution au fil de la réadaptation est

devenue une démarche fondamentale pour objectiver la pertinence de nos prestations » (p.223). Ainsi, l'évaluation de la participation sociale est un enjeu majeur en ergothérapie.

Le tableau suivant permet de présenter les outils existants et disponibles pour mesurer la participation sociale. Les outils existants en langue française et ceux étant conçus pour mesurer spécifiquement la participation sociale ont été retenus. Nous nous sommes appuyés sur les travaux de Desrosiers (2005), et Castelein (2015). Coster et Ketani (2008), montrent que les facteurs objectifs et subjectifs (permettant de mesurer le niveau d'engagement d'un individu dans ses occupations) sont une base appropriée pour la conception des instruments de mesure de la participation sociale. Les cases grisées en bleus représentent les facteurs objectifs vérifiés par les outils et celles en verts les facteurs subjectifs.

Nom de l'outil	Population visée	Modèle conceptuel utilisé	Facteurs objectifs			Facteurs subjectifs		
			Fréquence de réalisation des occupations	Aide pour la réalisation des occupations	Degré de réalisation des occupations	Satisfaction de la réalisation de l'occupation	Importance / Intérêt porté à l'occupation	Choix de l'occupation
G-MAP : Grille de mesure de l'activité et de la participation Prouteau et al. (2012)	Handicap psychique et cognitif	CIF						
ENPS : Evaluation du niveau de participation sociale Tremblay & Tellier (2006)	Déficience intellectuelle	CIF						
MHAVIE : Mesure des habitudes de vie RIPPH (2015)	Tout public	PPH						
ESOPÉ-BD : Bossaert et al. (2012)	Tout public	PPH						

Nom de l'outil	Population visée	Modèle conceptuel utilisé	Facteurs objectifs			Facteurs subjectifs		
			Fréquence de réalisation des occupations	Aide pour la réalisation des occupations	Degré de réalisation des occupations	Satisfaction de la réalisation de l'occupation	Importance / Intérêt porté à l'occupation	Choix de l'occupation
MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel Desrosiers (2005)	Tout public	MCRO-P						
GEVA : Guide d'évaluation des compensations Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA, 2011)	Tout public	CIF						
IPA : Impact sur la participation et l'autonomie. Poulin & Desrosiers (2010)	Tout public	CIF						

Figure 3: Instruments mesurant la participation sociale selon les facteurs objectifs et subjectifs

Il est possible de remarquer qu'aucun outil ne prend en compte tous les facteurs objectifs et subjectifs tels que décrits dans la littérature pour mesurer la participation sociale. De même, les dimensions objectives sont plus souvent prises en compte que les dimensions subjectives au sein de chacun des outils à l'exception de la MCRO et l'IPA. Cette constatation a également été faite par Castelein qui montre que la plupart des outils actuels ne prennent pas en compte la satisfaction de la réalisation et l'importance portée à l'occupation. Pour Brown et al. (2014), mesurer la subjectivité de la participation est nécessaire car cela permet de refléter au mieux les valeurs de la personne. La participation sociale est une « réalité subjective », que seule la personne peut apprécier (Castelein, 2015).

Partie 2 : Problématique et hypothèses

La société inclusive actuelle prône une participation dans la cité de tout un chacun. N'importe qui doit avoir les mêmes chances de pouvoir s'engager dans des occupations. L'évolution de la profession d'ergothérapeute s'inscrit au cœur de cette mouvance. Professionnel du quotidien, notre champ d'action s'élargit progressivement d'un quotidien au domicile à un quotidien dans la cité. Il est considéré que « toute personne se construit en tant que sujet à partir des interactions qui structurent sa vie sociale » (Clavreul, 2015). L'être humain est donc compris comme un être évoluant dans un monde social. Ainsi, l'ergothérapie devrait principalement se pratiquer sur les lieux de vie dans le cadre général de la société (Guihard, 2001). Cette modification des pratiques suit l'émergence de nouveaux concepts. Cependant, l'utilisation de concepts théoriques en pratique n'est pas toujours aisée. Cette difficulté se matérialise en France par un manque de terminologie spécifique à l'ergothérapie, et aussi par l'accès limité aux textes relatifs à la profession, rédigés en anglais. Concernant le concept de participation sociale, la difficulté est d'autant plus élevée puisque ce concept ne possède toujours pas de définition communément admise par la communauté scientifique malgré le développement des publications, notamment en France. Ce constat contribue à la difficulté du déploiement des outils la mesurant. Ceux existants sont souvent non traduits en français et essentiellement utilisés dans le cadre de recherches. En outre, il est reconnu que l'évaluation de la participation sociale doit prendre en compte des dimensions objectives et subjectives, mais la plupart des outils mesurent davantage les facteurs objectifs que subjectifs. Néanmoins, leur utilisation est garante de l'efficacité des interventions en ergothérapie.

Finalement, en dépit de ce manque de clarification théorique, la participation sociale est actuellement considérée comme étant la finalité de toute intervention ergothérapeutique. L'ergothérapeute promeut alors l'amélioration de l'engagement occupationnel dans la cité. Dans un tel contexte, il serait judicieux de s'interroger sur la façon dont les ergothérapeutes français s'approprient ce concept dans leurs pratiques. Une façon de faire serait d'investiguer la présence de cette notion lors des évaluations ergothérapeutiques. Ainsi, **de la théorie à la pratique, dans quelle mesure le concept de participation sociale est-il intégré aux évaluations ergothérapeutiques sous-tendant le plan**

d'intervention en France ?

Il a été constaté que les instruments mesurant la participation sociale évaluent plus les facteurs objectifs que les facteurs subjectifs. L'hypothèse principale de ce travail est donc que **les facteurs objectifs seraient davantage mesurés que les facteurs subjectifs lors de l'évaluation de la participation sociale.**

Il a été vu qu'en France un manque de terminologie spécifique à la profession d'ergothérapeute existait, et que le concept de participation sociale n'était pas clairement défini malgré les récentes publications à ce sujet. De ce fait, nous pouvons émettre comme première hypothèse secondaire que **la participation sociale est essentiellement mesurée de façon inconsciente par les ergothérapeutes.**

La participation sociale étant un concept compréhensible à l'intérieur de la cité puisqu'issu de l'évolution de la société et des pratiques d'inclusion, nous pouvons formuler une deuxième hypothèse secondaire : **la participation sociale est davantage mesurée par les ergothérapeutes intervenant de façon fréquente sur les lieux de vie.**

Enfin, la réforme du programme des études en ergothérapie de 2010 a permis l'intégration de ce concept dans les compétences qu'un ergothérapeute doit savoir maîtriser. Ainsi, nous pouvons émettre une troisième hypothèse secondaire : **la participation sociale sera davantage mesurée par les ergothérapeutes récemment diplômés.**

Partie 3 : Méthodologie

I. Rappel des objectifs de la recherche

Cette recherche a pour but d'éclairer comment le concept de participation sociale est intégré aux évaluations ergothérapeutiques. De même, l'investigation permettra de vérifier si l'intégration de ce concept dans les pratiques évaluatives est liée au développement d'une ergothérapie au plus proche des lieux de vie des patients, et, à la réforme des études du diplôme d'état d'ergothérapeute.

II. Choix de l'outil

II.1. L'entretien semi-directif

L'utilisation d'un entretien semi-directif paraît la méthode la plus pertinente afin de répondre aux objectifs de la recherche. L'entretien semi-directif est une méthode souple, très utilisée pour les recherches qualitatives en réadaptation. Des questions sont prédéterminées en fonction des thèmes devant être abordés pendant l'entrevue. L'avantage de cette méthode réside dans le fait que le discours de la personne permet d'orienter les questions. Il est possible d'ajouter des questions ou de modifier leur ordre en fonction du discours de la personne. Cette méthode flexible permet d'avoir un vrai échange avec le participant. De plus, il est possible de conduire les entretiens en face à face ou par téléphone. Les recherches ont démontré que les résultats obtenus par ces deux méthodes étaient similaires. (Tétreault & Guillez, 2014). Ainsi, les entretiens effectués dans le cadre de cette recherche se sont effectués en face à face, par appel vidéo et appel téléphonique afin de faciliter le recrutement des participants.

L'entretien semi-directif permettra de saisir de façon précise comment les ergothérapeutes perçoivent le concept de participation sociale. En effet, en fonction des réponses des participants nous pourrions demander de préciser certains éléments, ce qu'il n'est pas possible de faire avec un questionnaire. De plus, cette méthode a l'avantage de

pouvoir reformuler des questions, ou d'explicitier certains concepts. Enfin, nous pourrions également nous assurer de la bonne compréhension des questions par les participants. Les données collectées seront majoritairement qualitatives, nous avons donc privilégié cette méthode.

II.2. Construction du guide d'entretien

Le guide de cette recherche se compose de trois grandes parties. Les deux premières concernent la présentation du contexte de la recherche, l'énoncé des règles éthiques, ainsi que la présentation de l'entretien. (cf. annexe 6). La troisième partie est divisée en quatre sections : l'évaluation des occupations (huit questions), le concept de participation sociale (six questions), la mesure de la participation sociale (neuf questions) et des suggestions pour aller au-delà de ces problématiques (deux questions). Chaque question a été déterminée en fonction des critères de jugement permettant de répondre aux différentes hypothèses. L'entretien a été testé sur deux étudiants en ergothérapie de troisième année afin d'en évaluer sa pertinence. Le même guide d'entretien a été utilisé pour toutes les entrevues.

III. Choix de la population cible

III.1. Critères d'inclusions

La population cible concerne des ergothérapeutes diplômés d'Etat Français. Elle concernera d'une part des ergothérapeutes ayant eu leur diplôme après 2013, et des ergothérapeutes ayant eu leur diplôme avant 2013. Nous avons choisi la limite de 2013, puisqu'elle correspond à la date de diplôme des premiers ergothérapeutes ayant bénéficié de la réforme du nouveau programme pour l'obtention du diplôme d'état en ergothérapie de 2010. Cette réforme inclut dans ses textes le concept de participation sociale (Ministère de la santé et des sports, 2010). Notre population cible comprendra également des ergothérapeutes pratiquant sur les lieux de vie des patients de façon fréquente (au minimum trois jours par semaine) et des ergothérapeutes se déplaçant de façon ponctuelle sur ces lieux de vie (inférieur à trois jours par semaine). Enfin, les ergothérapeutes ont été recrutés selon leurs domaines d'intervention de façon à avoir une représentation de tous les lieux de travail et type de population auprès desquels ils peuvent agir.

III.2. Démarche de recherche des participants

Un recensement des différents domaines où travaillent les ergothérapeutes (médico-social, rééducation, libéral...) ainsi que la patientèle accueillie (enfants, adultes, personnes âgées) dans le Rhône et la Côte d'Or a été effectué. Ces régions ont été déterminées par soucis de mobilité. Puis, la prise de contact avec les participants s'est effectuée en premier par e-mail ou par les réseaux sociaux. Le message décrivait les conditions de passation et le thème de la recherche (cf. annexe 4). Il était demandé aux participants leur accord pour participer à la recherche. Si la réponse était positive et qu'ils correspondaient aux critères d'inclusions, la fixation d'une date se faisait soit par échange d'e-mail ou de messages sur les réseaux sociaux, soit par téléphone.

IV. Déroulement de l'investigation

La période d'investigation s'est déroulée entre le 8 et le 22 février ainsi que le 9 mai 2016. Chaque entretien s'est déroulé sur le lieu de travail de l'ergothérapeute, dans une pièce calme, en individuel, à l'exception de deux entretiens conduits par l'intermédiaire de Skype et d'un autre au téléphone. La définition de la mesure de la participation sociale ainsi que les items de la question n°6 ont été inscrits sur des feuilles de façon à fournir un support visuel au participant (cf. annexe 8). Sur Skype, les items puis la définition étaient envoyés via le chat. Lors de l'appel téléphonique, les items puis la définition ont été envoyés par mail (envoyés et consultés lors de l'appel).

Le début de l'entretien débutait par la remise des règles éthiques (envoyés par mail pour les entretiens par Skype et au téléphone). La seconde partie consistait en l'entretien lui-même. Un court questionnaire portant sur des données sociodémographiques était remis à la fin de l'entretien (cf. annexe 7). L'entretien le plus court a duré 30 min et le plus long 50 min. La période d'investigation se conclut par la retranscription des entretiens.

IV.1. Construction de la grille d'analyse

La grille d'analyse a été construite afin de faciliter l'analyse des données lors de l'entretien. La grille d'analyse comprend 8 catégories (cf. annexe 9). Les catégories ont été construites en fonction des éléments recherchés pouvant répondre à l'hypothèse principale, aux hypothèses secondaires et correspondant également de façon globale au

sujet de la recherche. L'idée est que chaque élément du discours de l'ergothérapeute puisse être classé en catégories, afin de pouvoir traiter plus facilement les données. Certaines catégories sont subdivisées en sous-catégories lorsque des éléments précis et détaillés étaient recherchés. Selon le principe décrit par Tetreault et Guillez (2014) chacune est mutuellement exclusive, de façon à ce que les informations ne puissent se retrouver que dans une seule de celles-ci.

IV.2. Analyse des données

L'analyse des données a été conduite selon le principe décrit par Tetreault et Guillez (2014). Une lecture flottante des entretiens a été pratiquée afin de pouvoir s'en imprégner. Puis, une analyse ligne par ligne a été réalisée afin d'effectuer un codage, c'est-à-dire qu'un sens a été associé aux mots afin de pouvoir les classer dans les catégories de la grille d'analyse. Lorsque des éléments ne pouvaient être classés dans les catégories préexistantes nous en avons ajouté de nouvelles. Les entretiens ont été relus plusieurs fois de façon à pouvoir bien s'en imprégner, et tous les propos ont été traités. Une fois chaque entretien analysé, une comparaison des données a été effectuée de façon à faire ressortir la fréquence de certaines notions. Chaque catégorie de la grille d'analyse a été reprise et analysée en ajoutant les réponses de tous les participants.

V. Aspects éthiques

Des règles éthiques étaient remises à chaque participant en début d'entretien. Elles précisaient les conditions de passation, les règles de confidentialité ainsi que la possibilité du retrait de la recherche. Elles énonçaient également que l'entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone. Si le participant était d'accord avec les règles énoncées il pouvait signer le formulaire de consentement (cf. annexe 5). Afin de garantir l'anonymat des participants ces derniers ont été nommés par la lettre P (participant) suivi d'un chiffre décidé aléatoirement entre un et neuf.

Partie 4 : Résultats

I. Présentation des participants

Le tableau suivant présente les ergothérapeutes interrogés selon leur année de diplôme, le domaine dans lequel ils travaillent ainsi que leur fréquence d'intervention sur les lieux de vie. Les cases grisées en rose désignent les ergothérapeutes intervenant de façon fréquente sur les lieux de vie.

	Participants	Année de diplôme	Domaine	Intervention sur les lieux de vie
Diplôme > 2013	P2	2014	IME	Tous les jours
	P3	2014	SAMSAH	3 jours / semaine au minimum
	P8	2015	SSR adulte	Moins de 1x/mois
	P9	2015	SSR Gériatrique	Jamais
Diplôme < 2013	P5	1989	Hôpital psychiatrique adulte	Jamais
	P1	1990	Hôpital neurologique	1x/mois
	P4	2001	Libéral enfants / adultes	Tous les jours
	P6	2003	Hôpital gériatrique	1x/semaine
	P7	2009	Libéral enfants	Tous les jours

Figure 4: Données sociodémographiques concernant les ergothérapeutes interrogés pour l'étude

La recherche avait pour but d'investiguer comment la participation sociale est intégrée

dans les pratiques évaluatives conduisant le plan d'intervention. Tous les ergothérapeutes interrogés conduisent leur plan d'intervention en effectuant des évaluations.

II. Compréhension du concept de participation sociale

Lorsqu'il est demandé aux ergothérapeutes de définir la participation sociale avec leurs propres mots, tous rapportent que cette dernière s'effectue par le biais des occupations et des rôles sociaux et qu'elle s'inscrit dans la société, dans l'environnement social. Cependant, seulement trois participants font référence à la notion d'engagement, d'implication de l'individu dans ses occupations (P1, P3, P9).

Comme le montre le graphique ci-dessous, pour les ergothérapeutes, la participation sociale se réfère principalement au fait d'être en relation directe avec les autres (P1, P3, P4, P5, P6, P7, P9) comme le nomme P7 : « c'est le fait d'être en relation avec les autres par les activités ou les occupations, voire même sans activité juste les relations sociales » (L.203). Elle se réfère également principalement aux loisirs (P4, P5, P7, P8, P9). Les activités professionnelles et scolaires sont aussi citées (P1, P2, P3, P4, P8) ainsi que le fait que ce sont des occupations effectuées à l'extérieur du domicile (P2, P3, P5, P6) : « intervenir plus près du patient dans ses activités extérieures, en dehors de la structure » (P5.L121). Dans une moindre mesure les activités basales (soins primaires) sont cités (P6, P8).

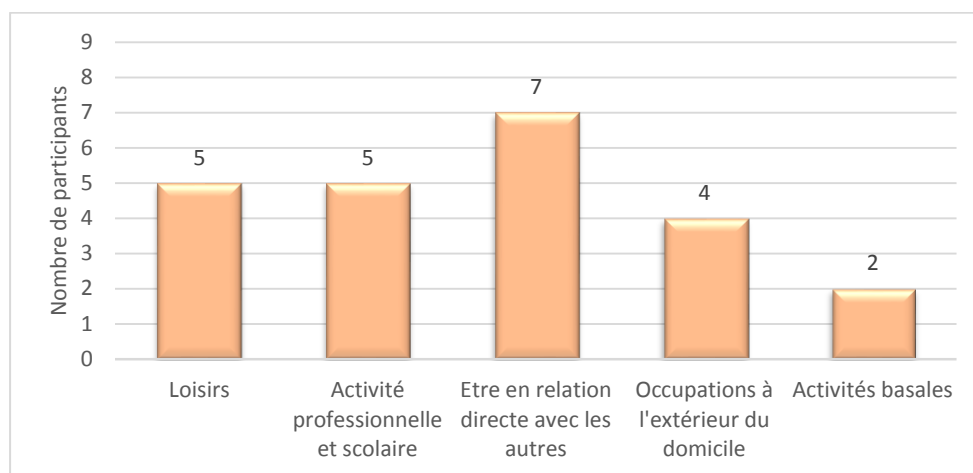


Figure 5: Occupations cités représentant la participation sociale selon les ergothérapeutes

Même si le concept de participation sociale est compris dans son ensemble, deux ergothérapeutes n'avaient jamais entendu ce terme (P5, P6). De plus, huit ergothérapeutes sur neuf évoquent le fait de ne pas utiliser ce mot au quotidien sur leur lieu de travail. Ils

emploieront plus le terme de « vie sociale » (P9) ou nommerons une occupation en particulier pour faire référence à ce terme : « on ne parle pas forcément de participation sociale en elle-même, mais plus sur des activités précises (...), elle n'est pas allée au cinéma ou quelque chose comme ça. » (P3.L433-434).

Enfin, tous les ergothérapeutes trouvent un intérêt à disposer de ce concept en ergothérapie. Ils évoquent le fait que c'est le cœur de la pratique en ergothérapie (P1, P7, P8) : « l'importance elle est juste centrale par rapport à l'ergothérapie » (P8.L227) ; et que cela permet d'avoir une vision complète de la personne (P1, P2, P3, P6) comme l'évoque P1: «c'est presque le noyau dur de son existence. (...) Si on passe à côté de ça on va rester soit dans du fractionné c'est-à-dire je plie, je tends un bras et ça me permet de manger, soit on va entrer dans des stéréotypes, la femme au foyer et voilà. » (L180-184). De même, ce concept serait particulièrement important dans la population âgée selon P9, car c'est une population qui souffre beaucoup de l'isolement. Toujours selon cet ergothérapeute, mesurer ce concept permettrait d'avoir davantage de poids auprès des médecins afin de permettre un retour à domicile dans de meilleures conditions : « leur priorité (aux médecins) c'est juste qu'ils puissent rentrer chez eux (les patients) en marchant à peu près bien, qu'on mette les aides qui correspondent à leur niveau de dépendance » (P9.L231-232). Enfin certains nuancent l'intérêt de ce concept, en évoquant que si le patient n'est pas disposé à changer cet aspect il n'y a pas d'intérêt à le mesurer (P3), et qu'il y a un intérêt à le mesurer quand on sait comment agir dessus en pratique (P4).

III. Conscience d'utilisation du concept de participation sociale

La proportion d'ergothérapeutes n'ayant pas conscience de mesurer la participation sociale est plus élevée (P1, P4, P5, P6, P9) que ceux en ayant conscience (P3, P7, P8). Un seul ergothérapeute a conscience de ne pas mesurer ce concept dans sa pratique.

Il est possible de constater que parmi les 5 ergothérapeutes n'ayant pas conscience de mesurer la participation sociale la majorité a été diplômée avant 2013 (P1, P4, P5, P6). Parmi ceux-ci, trois disent ne pas savoir ce que c'est (P4, P5, P6), une dit ne pas le mesurer car elle ne connaît pas d'outil pour le faire (P1), et le dernier évoque qu'il n'a pas

le temps de le mesurer en faisant référence aux loisirs (P9). Concernant les ergothérapeutes ayant conscience de mesurer la participation sociale deux sont diplômés après 2013 (P3 et P8) et une avant 2013 (P7).

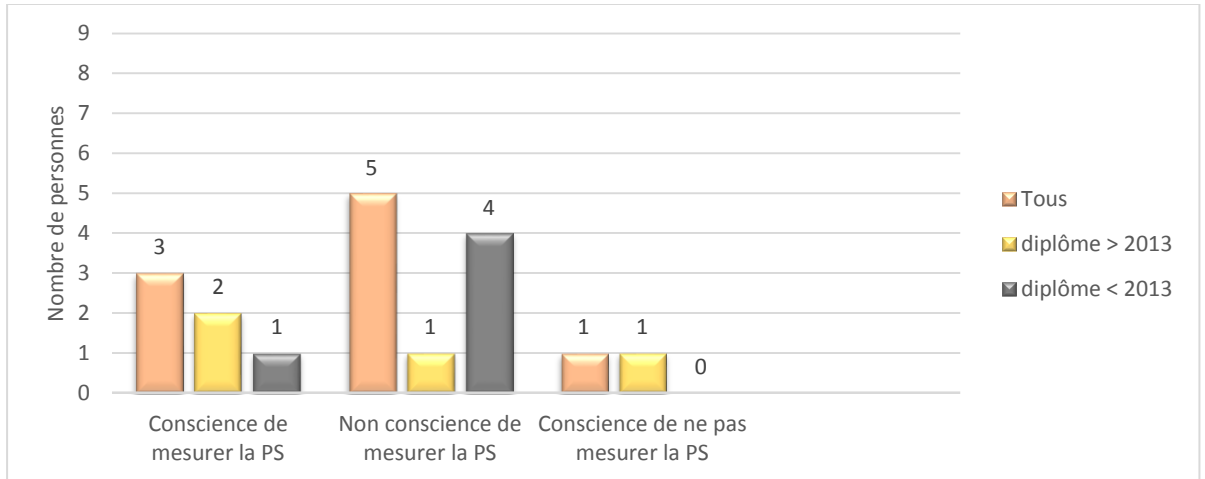


Figure 6: Niveau de conscience de la mesure de la participation sociale (PS) selon l'année de diplôme des ergothérapeutes

IV. Diffusion du concept de participation sociale

Parmi les ergothérapeutes ayant entendu parlé de ce concept avant l'entretien, il ressort dans une forte proportion (P2, P3, P7, P8, P9) que ce concept a été abordé dans les Instituts de Formation en Ergothérapie chez tous les participants ayant été diplômés après 2013. Une ergothérapeute diplômée en 2009 (P7) a également entendu parler de ce concept durant ses études. De même, ce concept a également été abordé pour trois participants diplômés après 2013 dans le cadre du mémoire de recherche (P2, P3, P8). Cela contribue donc au fait qu'une recherche a été conduite spécifiquement dans la littérature scientifique sur ce sujet par ces trois mêmes personnes. Dans une moindre mesure sont cités les lieux de stage (P3, P9) dont un lieu à l'étranger (Canada) pour P9. De même, les conférences sont citées par P3 et P1.

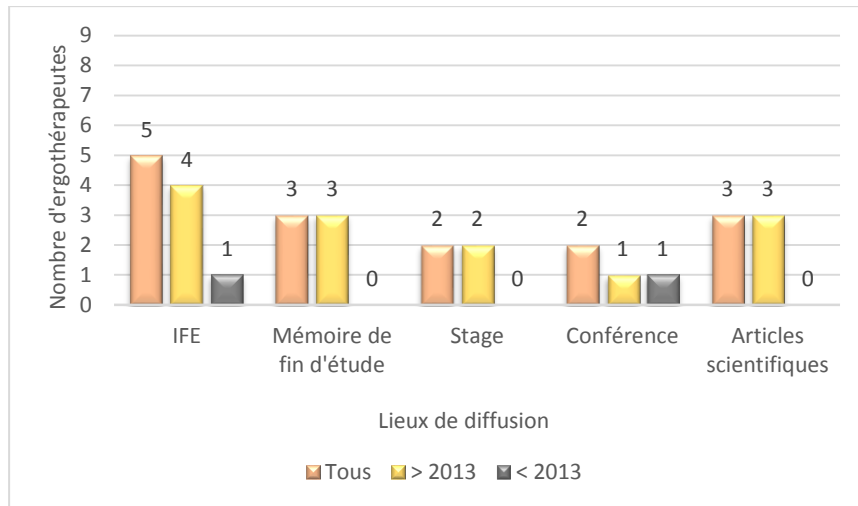


Figure 7 : Lieux de diffusion de la participation sociale selon les participants et l'année du diplôme

V. Mesure de la participation sociale

Tous les participants prennent en compte les dimensions participation sociale de façon consciente ou non consciente sauf un. Il n'y a pas de différence en fonction de la fréquence d'intervention sur les lieux de vie ou l'année de diplôme.

Concernant les facteurs mesurés il est possible de remarquer que les facteurs objectifs sont plus mesurés que les facteurs subjectifs. Cependant, pris en totalité (21 facteurs objectifs versus 18 facteurs subjectifs) la différence n'est pas suffisante pour conclure. En revanche, il est tout de même possible de constater que les deux premiers facteurs les plus mesurés sont des facteurs objectifs : le degré de réalisation de l'occupation (mesuré par tous les ergothérapeutes) et l'aide dont a besoin l'individu pour effectuer une occupation (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9). Puis, viennent les facteurs subjectifs avec la question de l'importance de l'occupation pour l'individu (P1, P3, P4, P6, P7, P8, P9) et la satisfaction (P1, P3, P4, P5, P7, P9). Enfin, dans une moindre mesure, seulement la moitié des ergothérapeutes évoque l'autonomie dans le choix des occupations (P1, P3, P5, P6) ainsi que la fréquence à laquelle elles sont réalisées (P1, P3, P5, P6).

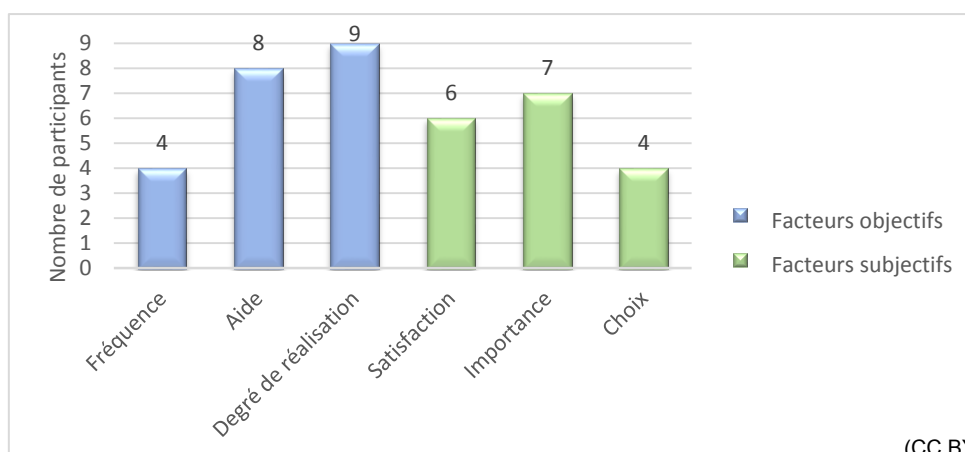


Figure 8: Facteurs cités par les participants pour mesurer la participation sociale (de façon consciente et non consciente)

On remarque que pour tous les ergothérapeutes hormis P2, les facteurs objectifs ne sont jamais mesurés seuls, mais sont toujours couplés avec des facteurs subjectifs.

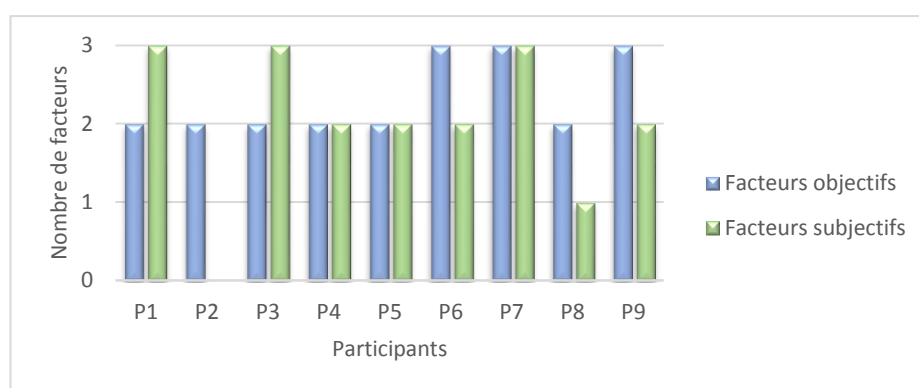


Figure 9: Comparaison par ergothérapeute du recours aux facteurs objectifs et subjectifs dans l'évaluation de la participation sociale

Parmi tous les outils cités par les ergothérapeutes pour mesurer la participation sociale, l'entretien est la méthode privilégiée. Les ergothérapeutes considèrent que cela laisse plus de liberté à la parole (P4, P6, P9) : « souvent la personne évoque peut-être d'autres choses, et cela laisse peut-être un peu la parole plus libre et c'est moins cloisonné » (P6.L154-155) ; et que cela prend moins de temps (P1, P7). De même, certains utilisent des instruments de mesure lorsqu'ils sont plus en difficulté (P8, P7) : « La MCRO moi j'aurais plus tendance à l'utiliser dans la réadaptation pour les patients qui ont vraiment des grosses difficultés, une pathologie assez prenante où on a beaucoup d'activités de vie quotidienne qui sont touchées » (P8.L322-324). La MCRO (P3, P8), les mises en situation (P3, P5, P7) et la MHAVIE (P3) sont utilisés dans une moindre mesure. Le reste des outils cités : l'IQC, le MOHOST et le GEVA sont reconnus comme étant des outils pour mesurer spécifiquement la participation sociale, mais ne sont pas utilisés.

Parmi l'ensemble des participants, quatre disent ne pas connaître d'outils mesurant

spécifiquement la participation sociale (P1, P3, P4, P9). Cependant parmi eux P1 et P3 utilisent des outils de participation sociale sans savoir que ce sont des outils qui permettent de la mesurer de façon spécifique. P4 et P9 n'utilisent pas d'outils mesurant la participation sociale.

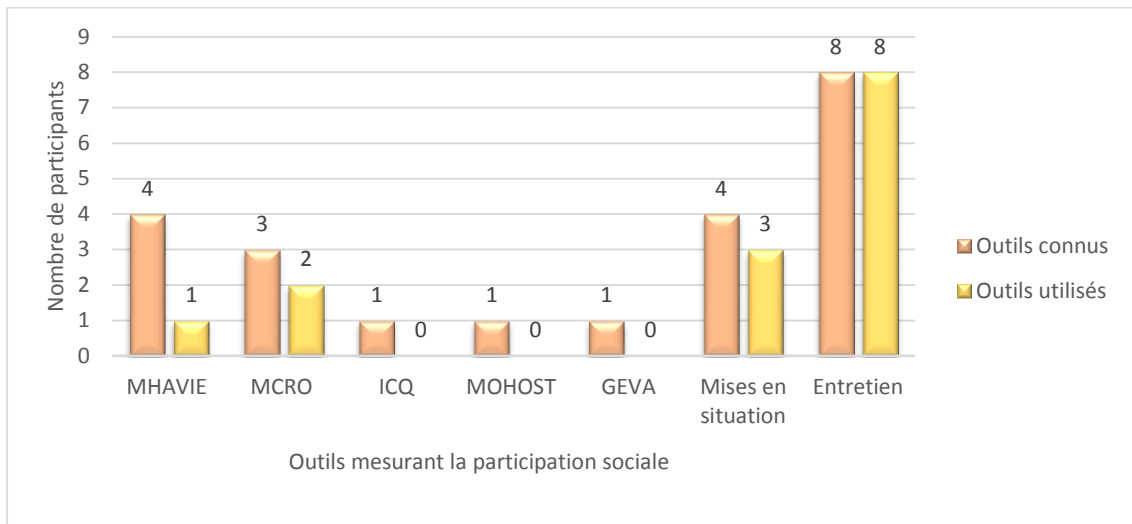


Figure 10: Outils connus et utilisés pour mesurer la participation sociale selon les ergothérapeutes.
 MHAVIE : Mesure des habitudes de vie
 MCRO : Mesure Canadienne du rendement Occupationnel
 ICQ : Questionnaire de l'Intégration Communautaire
 MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool
 GEVA : Guide d'évaluation des besoins de compensations

VI. Difficultés et amélioration pour la mesure de la participation sociale

La principale difficulté évoquée pour l'utilisation de ce concept en pratique est la non compréhension par les autres membres de l'équipe de ce terme (P1, P3, P5, P6, P8, P9) : « c'est encore une notion qui je pense peut être abstraite pour les équipes qui sont beaucoup dans le technique » (P6.L196-197).

Les ergothérapeutes évoquent aussi la difficulté de mesurer la participation réelle : soit parce que la pathologie dont souffre le patient ne reflète pas sa participation réelle (P4, P6, P9) ; soit pour les ergothérapeutes qui considèrent qu'elle s'observe que leur présence même biaise la participation du patient ; soit parce qu'il y a trop d'éléments à prendre en compte pour avoir un profil de participation complet (P3) ou parce que les ergothérapeutes considèrent que c'est un construit très subjectif à mesurer (P3, P7, P8) :

« Rien que la subjectivité liée au thérapeute et au patient c'est déjà compliqué » (P8.L139). Tous les ergothérapeutes travaillant avec les enfants (P2, P4, P7) relatent la difficulté de saisir la participation de cette population : « ça me paraît quelque chose d'assez abstrait (...) parce que parler importance d'activité avec les enfants ouai, ils vont te ressortir le jeu et c'est peut-être le seul truc qu'ils vont te ressortir et euh ce qui n'est pas forcément la même chose pour les parents et donc du coup voilà combiner les deux ça me paraît un peu compliqué. » (P2.L304-308).

Ils considèrent que parler de participation sociale est quelque chose de personnel que la personne n'a pas toujours envie d'évoquer en profondeur avec son thérapeute (P1, P5, P6, P9) : « et puis pour que les gens parlent de ce qui est important pour eux, il ne faut pas qu'ils nous aient vus 5 min » (P1.L249). Certains évoquent que la participation sociale prend du temps à mesurer et qu'ils ne disposent pas du temps nécessaire pour le faire au sein de leur structure (P1, P6, P9). La compréhension du concept, et la façon de mesurer l'engagement peut également être floue et donc entraver la mesure (P2, P4) : « comment mesurer le ressenti de l'environnement c'est une chose moi je pense que ça ne serait pas compliqué, mais l'engagement de l'individu ça me paraît plus compliqué » (P4.L148-149). Enfin, l'absence de consensus sur la définition (P3, P8), et le fait que l'établissement ne possède pas les bilans (P8), entraîne aussi des difficultés pour mesurer la participation sociale.

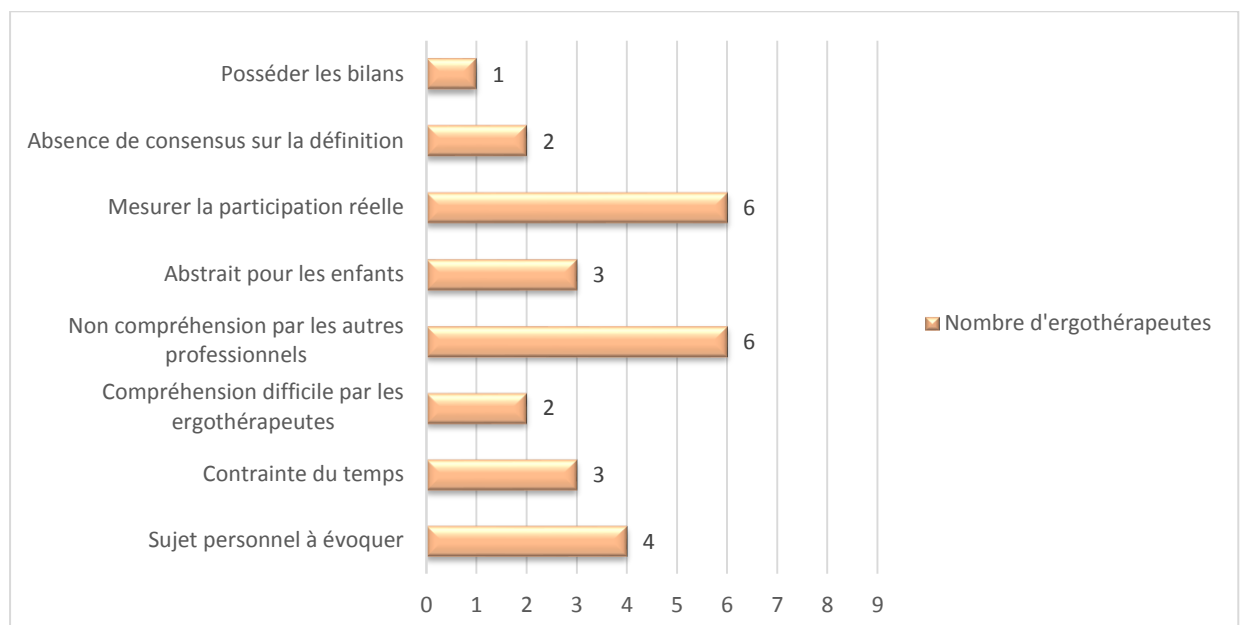


Figure 11: Difficultés évoquées par les ergothérapeutes pour mesurer la participation sociale

Lorsqu'il est demandé aux ergothérapeutes comment améliorer la mesure de la participation sociale, de façon majoritaire ressort le fait qu'il est important de sensibiliser les autres professionnels à cette notion (P1, P2, P3, P5, P9) : « Que les médecins soient bien informés que cela fait partie de notre cœur de métier (...) nous interroger sur ce sujet-là, plutôt que de nous demander un Jamar ou une MIF » (P1.L281-282). De même, il ressort de façon prédominante qu'il serait important d'avoir des outils permettant de mesurer cette participation (P2, P3, P5, P6, P7) : « avoir des outils qui rendent les choses plus concrètes » (P2.L356), et « différents repères sur comment décomposer la participation sociale pour balayer un peu toutes les sphères » (P3.L458-459). Enfin certains remarquent que l'aspect culturel est souvent peu pris en compte dans les instruments proposés (P3, P4) : « par exemple un maghrébin n'aura pas du tout ni la même perception, ni le même engagement autour du travail qu'un africain, que un tchèque, un asiatique ou un européen. Et ça c'est absolument absent de toute grille d'évaluation pour l'instant. » (P4.L189-191) Enfin, écrire une définition consensuelle permettrait d'améliorer la mesure de la participation sociale (P3, P8).

Pour finir, lorsqu'il est demandé aux ergothérapeutes comment il serait possible d'améliorer le passage de la théorie à la pratique la majorité évoque qu'il faudrait utiliser les concepts et les pratiquer. Une façon de faire serait d'utiliser des outils d'évaluation car « ils permettent de mettre en pratique ce qu'on peut voir en théorie » (P2.L362). (P1, P2, P5, P7, P8). Utiliser des cas pratiques est également rapporté comme pouvant aider à faire le lien entre la théorie et la pratique (P6, P8). Enfin, s'appuyer sur des modèles conceptuels (P7), participer à des conférences (P8), et profiter des lieux de stage (P9) pour mieux comprendre les concepts est aussi abordé.

Partie 5 : Discussion

I. Une théorie qui peine à être intégrée en pratique

I.1. Une compréhension où l'aspect social prime sur l'aspect participatif

Lorsque les ergothérapeutes interrogés définissent le concept de participation sociale, tous le mettent en lien de façon claire avec la réalisation d'occupations dans la société. Cependant, seulement trois font référence de façon claire à la notion d'engagement, c'est-à-dire à la façon dont l'individu est impliqué dans son occupation. Cette notion n'est donc pas mise en relation directe avec le concept de participation sociale, alors que tous les ergothérapeutes la mesurent via les facteurs subjectifs et objectifs. La définition élaborée par ENOTHE de la participation sociale tient compte de toutes les définitions trouvées dans la littérature scientifique. Meyer (2013), explique que parmi les dix-neuf définitions recensées « l'idée dominante, et les auteurs sont quasi unanimes, est que la participation rime avec un engagement de l'acteur. » (p.171). Les occupations évoquées comme faisant parties de la participation sociale sont de façon prédominante des occupations réalisées en relation directe avec les autres lors d'interactions sociales. Ces résultats correspondent aux niveaux trois et quatre décrits dans la taxonomie des activités sociales de Carbonneau. Ces deux niveaux font référence de façon spécifique à la participation sociale. En revanche, les niveaux un et deux préparant la participation (activités basales) et les niveaux cinq et six aider les autres et contribuer à la société, sont peu évoqués. Au final, la compréhension du concept de participation sociale n'est pas totale au regard des références choisies pour ce mémoire. La plupart des ergothérapeutes a éprouvé des difficultés pour définir ce concept. Il serait possible de mettre en lien ces résultats avec le large éventail de définitions existantes dans la littérature. Cependant la majorité des

ergothérapeutes ne se sont pas renseignés de façon spécifique sur ce sujet.

I.2. Un concept utilisé de façon inconsciente par la moitié des ergothérapeutes

Si l'on observe les critères utilisés lors de la mesure de la participation sociale, tous les ergothérapeutes interrogés s'intéressent aux rôles sociaux et évaluent les occupations sociales selon des facteurs objectifs et subjectifs, sauf P2. Ainsi, tous prennent en compte les aspects de la participation sociale (sauf P2). En revanche, le niveau de conscience de cette mesure n'est pas équivalent sur l'ensemble des ergothérapeutes. En effet cinq participants sur neuf n'ont pas conscience de la mesurer. Ces données peuvent alors expliquer le fait que les ergothérapeutes éprouvent des difficultés à définir ce concept. S'ils n'ont pas conscience de le pratiquer cela sera d'autant plus difficile pour eux de le discuter. Deux des ergothérapeutes sur les trois ayant conscience de le mesurer relèvent qu'une des principales difficultés dans la mesure de ce concept réside dans le fait qu'il n'existe pas de définition commune et claire : « Déjà, il faudrait simplifier la définition, la rendre plus accessible à tout le monde, et du coup aux étudiants en formation, et aux professionnels qui sont déjà en exercice » (P8.L362-363). Ces résultats sont concordants avec la littérature : le manque de définition spécifique à la participation sociale, et les publications récentes en français concernant ce concept pourraient expliquer la difficulté à le comprendre.

De façon plus spécifique, sur les cinq ergothérapeutes n'ayant pas conscience de mesurer la participation sociale, quatre ont été diplômés avant 2013. De même, parmi les ergothérapeutes ayant conscience de mesurer ou ne pas mesurer la participation sociale tous ont été diplômés après 2013 sauf P7. Ils font partie de ceux ayant le plus de facilité à la définir et tous font référence à l'Institut de Formation en Ergothérapie comme premier lieu de diffusion du concept. Ainsi, il est possible de relier ces résultats avec les données de la littérature. La réforme du diplôme des études en ergothérapie de 2010 a permis d'intégrer au nouveau programme les fondements théoriques de la profession issus des données scientifiques des sciences de l'occupation (Morel-Bracq, 2010). Ainsi, tous les ergothérapeutes diplômés après 2013 sont sensibilisés à ces notions, ce qui leur permettrait de mieux comprendre les concepts véhiculés dans la profession. Cela démontre donc l'importance des instituts de formation dans le développement de la profession.

I.3. Une non utilisation du terme de participation sociale sur le terrain

La grande majorité des ergothérapeutes interrogés dit ne pas utiliser le terme de « participation sociale », ou en parler en d'autres termes sur leurs lieux de travail. De même, les lieux de stage français ne sont évoqués seulement qu'une fois comme lieu de diffusion de ce concept. Il est possible d'expliquer ces résultats de deux façons. Premièrement cette constatation concorde avec la littérature. En effet, Meyer (2013) montre que les ergothérapeutes francophones ont du mal à affirmer leur propre jargon ayant pour résultante l'utilisation d'un vocabulaire médical ou d'un vocabulaire du sens commun. Deuxièmement, en lien avec la partie précédente, la moitié des ergothérapeutes n'a pas conscience d'utiliser la participation sociale lors des évaluations ergothérapeutiques. De ce fait, il est normal qu'ils n'utilisent pas ce terme.

Plusieurs ergothérapeutes font le lien avec le fait qu'il est difficile d'évoquer ce concept car il n'est pas compris ni utilisé par les autres professionnels. Une des pistes d'amélioration souvent évoquée concernant la mesure de la participation sociale est d'ailleurs le fait de sensibiliser plus de professionnels à cet aspect afin de généraliser l'utilisation de ce concept en pratique. La participation sociale étant la finalité des interventions en ergothérapie, ne serait-ce pas alors aux ergothérapeutes de sensibiliser les autres professionnels à ce terme ? Cependant, la difficulté de définition de ce concept peut être un frein même à la sensibilisation à d'autres corps de métier.

I.4. Les enfants, une population où l'application du concept de participation sociale est difficile

Les trois ergothérapeutes travaillant avec des enfants éprouvent des difficultés à relier ce concept avec les enfants. Les préoccupations principales concernent d'une part les occupations impliquées dans la participation sociale, le fait que les occupations ne correspondent pas toujours au libre choix de l'enfant mais à celui de ses parents, et que l'enfant donne souvent peu d'informations par lui-même. Cette difficulté est également évoquée dans la littérature et dans la construction d'outils propres aux enfants. Coster et Khetani (2008) montrent que jusqu'à huit ans il est difficile d'apprécier la participation sociale réelle d'un enfant car les informations qu'il donne ne sont pas toujours fiables. De même, chez les jeunes enfants la participation sociale correspond à celle choisie par les parents. Enfin, l'auteur rapporte qu'en fonction des informations que l'on souhaite obtenir cet aspect peut également être discuté avec les parents ou les professeurs des écoles.

Ainsi, il est possible de constater que l'utilisation du terme de « participation sociale » est quasiment absente des lieux de pratique. La compréhension incomplète de ce concept ainsi que son utilisation souvent inconsciente peuvent expliquer le fait qu'il soit peu présent sur le terrain. Cet aspect est d'autant plus développé auprès de certaines populations comme les enfants, où il est encore plus difficile de le saisir. Comment ces éléments sont-ils reliés avec la mesure de la participation sociale ?

II. Les instruments de mesure standardisés peu utilisés pour mesurer la participation sociale

II.1. Une mesure centrée sur le patient

L'évaluation est une démarche utilisée de façon unanime avant de mener le plan d'intervention. Il est possible de remarquer que tous les ergothérapeutes, sauf un prennent en compte les facteurs objectifs et les facteurs subjectifs de façon conjointe pour mesurer la participation sociale. Ce résultat ne suit pas les prédictions issues de la littérature puisque les facteurs objectifs sont aussi souvent pris en compte que les facteurs subjectifs. Ces données peuvent s'expliquer par le fait que les ergothérapeutes utilisent peu les outils standardisés pour mesurer la participation sociale. Cependant, ils ont intégré au sein de leur pratique l'importance de combiner les deux types de facteurs leur permettant d'avoir une vision centrée sur le patient. (Castelein, 2015).

II.2. L'entretien, outil privilégié pour mesurer la participation sociale de façon consciente et inconsciente

En reprenant l'ensemble des facteurs mesurés il est possible de constater que le degré de réalisation des occupations est le seul facteur pris en compte par tous les ergothérapeutes. L'objectif de l'ergothérapie est de « maintenir, restaurer et permettre les activités humaines » (ANFE, 2015). Ainsi la base première de l'ergothérapie concerne les occupations et la connaissance de celles qui sont réalisées difficilement. Les résultats vont en ce sens. Les facteurs cités de façon prédominante sont le degré de réalisation, l'aide apportée pour la réalisation des occupations, le degré de satisfaction et d'importance lié à la réalisation des occupations. En comparant à la littérature, seul ESOPE-BD prend en compte ces quatre facteurs. Il est également possible de citer la MCRO, la MHAVIE et le GEVA qui prennent en compte trois de ces facteurs sur les quatre. La MHAVIE et le

GEVA sont plus orientés sur les facteurs objectifs, seule la satisfaction est prise en compte parmi les facteurs subjectifs. La MCRO est plus dirigée vers les facteurs subjectifs, seul le degré de réalisation est présent parmi les facteurs objectifs. Le GEVA est un outil utilisé principalement pour l'évaluation des besoins des compensations par les ergothérapeutes travaillant dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) (CNSA, 2011). Notre échantillon ne comprenant aucun ergothérapeute travaillant en MDPH il est possible de comprendre qu'il ne soit pas utilisé. En revanche, ESOPE-BD n'est pas cité et n'est donc utilisé par aucun des participants. La MCRO et la MHAVIE sont des instruments cités mais utilisés en très faible proportion par P3 et P8, sachant que P3 ne les relie pas directement à la mesure de la participation sociale et que P8 dit utiliser très rarement ces outils. Ainsi, il existe des outils qui permettent de prendre en compte les facteurs principaux auxquels s'intéressent les ergothérapeutes mais ils ne sont pas utilisés.

Parmi les autres outils cités nous retrouvons les mises en situation dans une moindre proportion et l'entretien utilisé de façon majoritaire. Les trois types d'outils possibles pour conduire des évaluations citées dans la littérature sont donc présents. Cependant Meyer (2013), montre qu'afin d'établir un profil occupationnel complet il est utile de combiner l'entretien avec des outils standardisés, d'autant plus que les outils standardisés fournissent des indications fiables sur la signification à donner aux résultats.

Les personnes mesurant de façon consciente la participation sociale sont les personnes citant le plus d'instruments de mesure. Cependant P3 ne considère pas que ce sont des outils de mesure de la participation car pour elle la participation sociale s'observe par des mises en situation. P8 et P7 les utilisent ponctuellement lorsqu'ils sont face à des situations plus complexes. Ainsi, l'entretien est la méthode utilisée en majorité. Une des raisons évoquées par l'ensemble des ergothérapeutes concernant l'utilisation de l'entretien est qu'il restreint moins la parole. De même, les ergothérapeutes mesurant consciemment la participation sociale considèrent qu'une des principales difficultés dans sa mesure est sa subjectivité. Or, il existe des instruments permettant le recueil de données qualitatives, donc subjectives, qui permettent de guider l'évaluation et qui laissent une liberté de parole au patient. La MCRO et ESOPE-BD en sont des exemples. En plus de la prise en compte de cette subjectivité la MCRO permet d'obtenir des scores, et ESOPE-BD fournit une représentation graphique des habitudes de vie prioritaires. Une

dernière raison permettant d'expliquer le peu d'utilisation des instruments pourrait être d'ordre institutionnel. En effet, certains professionnels évoquent qu'ils n'ont pas toujours le temps d'évaluer de façon précise la participation sociale et que les établissements ne possèdent pas toujours les bilans associés. Ce dernier point peut rejoindre ce que décrit Lievin (2015) dans le fait que la théorie se développe dans un contexte *macro* qui ne prend pas toujours en compte la réalité de terrain. Ainsi, les instruments de mesure pour la participation sociale et leurs caractéristiques sont peu connus par les ergothérapeutes et lorsqu'ils le sont, sont peu intégrés au processus d'évaluation.

III. Intérêts et limites de la recherche

Cette recherche permet d'illustrer les représentations et l'utilisation du concept de participation sociale en pratique en ergothérapie. Aller chercher les informations auprès des professionnels permet de se décentrer de la théorie et d'approcher la réalité de terrain. Ainsi, l'étude précise comment les occupations sont évaluées. Elle cerne également quelles sont les difficultés ressenties par les praticiens dans l'utilisation du concept de participation sociale et suggère donc des pistes pour améliorer l'appropriation de ce concept en pratique. Cependant, malgré ces intérêts, il est important de souligner les limites méthodologiques de la recherche. Premièrement, le nombre de participants n'est pas suffisant pour généraliser les résultats à l'ensemble des ergothérapeutes de France, ni pour parler de différence significative entre les différents groupes constitués. De plus l'utilisation d'un mode de recueil des données varié a été adopté afin de faciliter le recrutement des participants. Ainsi, les entretiens ont été conduits en face à face, par appels vidéos ainsi que par appel téléphonique. Même si le même guide d'entretien a été utilisé pour chacun des participants, il est possible que cette variation des méthodes de recueil introduise un biais dans l'étude puisque tous les participants n'auront pas été interrogés dans le même contexte. En outre, un support visuel a été utilisé pour étayer le recueil de données durant l'entretien. L'utilisation de ce type de matériel permet de créer plus de dynamisme et d'assurer une compréhension commune des concepts mais a pu introduire des biais dans la suite de l'entretien. En effet, certains ergothérapeutes ont fait le lien entre ce support et le sujet de l'étude. Enfin, une autre méthode de recueil des données pertinente aurait pu être utilisée dans le cadre de cette recherche : l'observation du processus d'évaluation conduit par les ergothérapeutes. Même si cette façon de faire comporte des biais liés à la présence du chercheur, elle permettrait d'en supprimer

certains, cités précédemment. De plus, elle permettrait de se rendre compte de façon réelle comment les ergothérapeutes mesurent la participation sociale.

IV. Retour sur les hypothèses et suggestions de poursuites de l'étude

Comme il a été vu précédemment l'hypothèse principale n'est pas validée. En effet, les ergothérapeutes prennent aussi souvent en compte les facteurs objectifs que les facteurs subjectifs dans la mesure de la participation sociale. Cette façon de faire est garante d'un regard centré sur le patient mais n'est utilisée qu'au travers des entretiens. L'hypothèse secondaire concernant le niveau de conscience est partiellement validée. En effet, la moitié des ergothérapeutes mesurent sans le savoir la participation sociale. Ainsi, il n'est pas possible de considérer qu'ils mesurent véritablement la participation sociale. En effet, évaluer ce concept sans en avoir conscience implique qu'il n'est pas possible de discuter les résultats obtenus et donc d'intégrer la mesure dans le plan d'intervention. Parmi les quatre ergothérapeutes diplômés après 2013, trois ont conscience de mesurer ou de ne pas mesurer la participation sociale. Ces éléments vont donc dans le sens de l'hypothèse secondaire suggérant que la participation sociale serait davantage mesurée par les professionnels diplômés après 2013. En revanche, il n'a pas été observé de différence notable entre les ergothérapeutes intervenant de façon régulière sur les lieux de vie et ceux intervenant de façon ponctuelle. En effet, parmi les ergothérapeutes mesurant consciemment la participation sociale, deux interviennent fréquemment sur les lieux de vie et un moins de une fois par mois. L'échantillon n'est pas suffisant pour conclure à un réel impact du lieu de travail sur la mesure de ce concept. Cependant, même si aucune différence n'est observée concernant le processus d'évaluation, il pourrait être pertinent d'investiguer si des dissemblances s'observent dans le processus d'intervention en fonction de la fréquence d'intervention de l'ergothérapeute sur les lieux de vie.

Finalement, les éléments ressortant de façon prédominante de ce travail de recherche sont que la compréhension de la participation sociale n'est pas aisée et que l'utilisation des instruments de mesure pour l'évaluer n'est pas développée. De ce fait, il est possible de se demander quel est l'impact de ces données sur le plan d'intervention et donc sur les objectifs et les moyens proposés aux usagers ? Comme le dit P8 (L.350-352) : « Mais c'est là l'enjeu de la participation sociale. Si j'évalue mon patient, si je veux mener à

terme une prise en charge cohérente avec ses projets, la participation sociale à tout son intérêt au sein de la prise en charge ».

Lorsqu'il est demandé aux participants comment il serait possible d'améliorer la mesure de la participation sociale plusieurs répondent qu'il faudrait développer des outils spécifiques à cette mesure, notamment pour clarifier quoi mesurer. De même, lorsqu'est évoqué comment améliorer le passage des concepts théoriques en pratique certains ergothérapeutes mentionnent qu'il faut les pratiquer, et que cela peut se faire par le biais des instruments de mesure : « c'est bien s'approprier l'outil (...), pratiquer et puis après ça prend son sens dans la pratique. » (P1.L309-310). Utiliser des outils nécessite de connaître le modèle conceptuel à partir duquel ils ont été créés. En effet, Margot-Cattin (2009) montre que « chaque outil de mesure disponible sur le marché reflète le cadre de référence dans lequel il a été construit » (p.159). Ainsi, il ne serait pas cohérent d'utiliser un instrument de mesure sans se situer dans le cadre conceptuel à partir duquel il a été créé. En effet, il est possible de constater dans la littérature que même si les définitions de la participation sociale sont proches, elles varient d'un modèle à l'autre. Parmi les ergothérapeutes interrogés seulement P8 mentionne de façon précise la définition de la participation sociale en lien avec un modèle théorique de référence, le MDH-PPH. L'utilisation d'un modèle conceptuel particulier permet de cadrer, de structurer, d'argumenter et expliquer notre pratique. (Morel-Bracq, 2009). Ainsi, se baser sur des modèles théoriques permettrait de mieux comprendre les concepts et de pouvoir les expliquer.

Lors de la recherche des participants et de l'explication de ce sujet de mémoire, la première réaction commune des ergothérapeutes était de mentionner qu'ils ne savaient pas s'ils allaient pouvoir être utiles à cette recherche car ils n'étaient pas à l'aise avec les modèles théoriques. P4 mentionne même que la théorie a quelque chose « d'irréel et de totalement déconnecté de la pratique » (L.159). Ainsi, combiner de façon systématique l'utilisation des modèles théoriques et l'utilisation des outils sous-jacents en pratique pourrait peut-être permettre d'améliorer la compréhension du concept de participation sociale, sa mesure et donc son intégration au sein de la pratique ergothérapeutique.

De même, il a été vu que les outils actuellement disponibles ne prennent pas en compte tous les facteurs cités dans la littérature pour mesurer la participation sociale. Pour autant les ergothérapeutes considèrent que les facteurs objectifs et subjectifs sont

aussi importants les uns que les autres pour évaluer les occupations. De ce fait, encourager l'utilisation de l'entretien comme cela est fait actuellement, avec l'utilisation d'instruments de mesure valides, permettrait peut-être d'explorer plus précisément le concept et d'avoir une pratique probante. De même, il pourrait être intéressant de voir si l'utilisation combinée des instruments de mesure serait envisageable pour explorer l'ensemble de la participation sociale.

Conclusion

L'objectif de ce travail était de déterminer de quelle façon les ergothérapeutes Français s'étaient appropriés le concept de participation sociale dans le processus d'évaluation. Il apparaît que malgré les publications récentes sur le sujet, ce dernier peine à être intégré dans les pratiques évaluatives en ergothérapie. Plusieurs raisons permettent d'expliquer ce résultat. La première est que la compréhension de ce concept n'est pas intégrale. En effet, l'aspect social est privilégié à la notion participative. Le cœur des occupations composant ce concept est bien ciblé mais les occupations effectuées seul pour préparer la participation et en lien avec l'engagement social sont peu représentées. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la majorité des ergothérapeutes s'est peu documentée sur le sujet. D'autre part, il a été constaté que la moitié des professionnels mesurent ce concept de façon inconsciente, ce qui ne leur permet pas de pouvoir exploiter les résultats en les intégrant à l'élaboration du plan d'intervention et de les diffuser auprès des équipes. Ainsi, l'ensemble de ces éléments expliquent que le terme de « participation sociale » est absent des terrains de pratique. Néanmoins, les professionnels mesurant ce concept de façon consciente ont été diplômés après 2013. Ce sont ceux qui ont le plus de facilité à le définir ce qui démontre l'impact de la réforme des études en ergothérapie de 2010.

L'approche centrée sur le patient est essentielle dans le processus d'évaluation en ergothérapie puisque tous les ergothérapeutes prennent en compte autant les facteurs subjectifs qu'objectifs dans la mesure de la participation sociale. Les facteurs les plus mesurés sont : le degré de réalisation des occupations, le niveau d'aide, la satisfaction et

l'importance liée à la réalisation des occupations. L'entretien est la méthode privilégiée par l'ensemble des ergothérapeutes pour mesurer la participation sociale. Cependant, même si les instruments de mesure intègrent plus les facteurs objectifs, certains permettent de mesurer les facteurs cités par les ergothérapeutes. Les raisons permettant d'expliquer le peu de recours à ces instruments sont que les ergothérapeutes les connaissent peu, ne les relient pas directement au concept de participation sociale, et qu'ils sont seulement utilisés face à des situations complexes.

D'autres pistes restent encore à explorer autour de ce sujet. Les résultats de cette recherche montrent qu'il est difficile d'explorer la participation sociale de certains groupes comme les enfants par exemple. Certains évoquent même que les outils disponibles actuellement ne prennent pas en compte les différences culturelles. La participation sociale variant tout au long de la vie et étant propre à chacun, plutôt que de développer des outils très génériques pour la mesurer, il pourrait être utile de se concentrer sur le développement d'outils spécifiques à chaque clientèle et à sa culture.

Pour finir, il a été vu que l'Institut de Formation en Ergothérapie joue un rôle considérable dans la diffusion des aspects théoriques de la profession. Les résultats de ce mémoire renvoient à une problématique actuelle à savoir le développement scientifique de la profession en France. L'essor de la recherche clinique en ergothérapie en France avance notamment avec la réforme des études et le passage au système LMD. Cependant, à quand l'ouverture de filières spécifiques telles que le master ou le doctorat qui permettraient aux sciences de l'occupation de se développer et de contribuer à l'évolution des pratiques en ergothérapie en France ?

Bibliographie

- American Occupational Therapy Association (AOTA). (2008). Occupational therapy practice framework : domain and process, 2nd edition. *American Occupational Therapy Association*, 62, 625-683.
- AOTA. (2014). Occupational therapy practice framework : domain and process, 3rd edition. *American Occupational Therapy Association*, 68, S1-S48.
- Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant (ANAE). (2015, mise à jour le 5 août). 9^{ème} journée d'ergothérapie de garches : « handicap et participation sociale » - 4 février 2016. Récupéré le 20 mai 2016 du site de l'ANAE : <http://anae-revue.over-blog.com/2015/08/9eme-journee-d-ergotherapie-de-garches-handicap-et-participation-sociale-4-fevrier-2016.html>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2016, mise à jour le 7 mars). *Définition*. Récupéré le 20 mai 2016 du site de l'ANFE : <http://www.anfe.fr/definition>
- Barral, C. (2007). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : un nouveau regard pour les praticiens. *Contraste*, 27(2), 231-246.
- Blaise, J.-L. (2008). De la discrimination positive à la non-discrimination : une révolution culturelle. Dans J.M Caire (dir.), *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p.63-70). Marseille, France : Solal.
- Bode, R., Hahn, E., DeVellis, R. et Cella, D. (2010). Measuring Participation: The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Experience. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9), S60-S65.
- Bossaert, L., Castelein, P., Villers, P., Bauwin, C., Vroye, F. et Steichen, C. (2012). Pour évaluer les habitudes de vie et participation sociale : une bande dessinée ESOPÉ BD. *Expériences en ergothérapie*, 25(18), 25-31.
- Brown, M., Dijkers, M., Gordon, W., Ashman, T., Charatz, H. et Cheng, Z. (2014). Participation objective, participation subjective: a measure of participation combining outsider and insider perspectives. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 19(6), 459-481.
- Botokro, R. (2006). A travers ses lieux d'exercices et modèles de pratiques, une histoire de l'ergothérapie pour poser les bases de son épistémologie. *Ergothérapies*, 21, 5-13.
- Boucher, N. (2003). Handicap, recherche et changement social. L'émergence du paradigme émancipatoire dans l'étude de l'exclusion sociale des personnes handicapées. *Lien social et Politiques*, 50, 147-164.

- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). (2016, mis à jour le 8 avril). *Le GEVA, évaluer les besoins de compensation. Les cahiers pédagogiques de la CNSA*. Récupéré le 9 mai 2016 du site du CNSA : <http://www.cnsa.fr/documentation/les-publications-de-la-cnsa/les-cahiers-pedagogiques-de-la-cnsa>
- Carbonneau, H., Sévigny, A., Levasseur, M., Raymond, E., Beaulieu, M., Ethier, S. et Beauchamp, J. (2013). La participation sociale, pour ajouter de la vie aux années : contributions de l'axe Interaction et soutien social du RQRV. *Vieillesse*, 2(3), 1-15.
- Castelein, P. (2015). Habitudes de vie et participation sociale. Dans M-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offenstein, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y., Hung et C. Gras (dir). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p.217-234). Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Charret, L. (2015). En route pour la professionnalisation. *Ergothérapies*, 58, 69 -75.
- Clavreul, H. (2015). Vers une ergothérapie citoyenne et populaire. *Ergothérapies*, 59, 69-79.
- Code de l'action sociale et des familles. (2005). *Article L114*. Récupéré le 20 mai 2016 du site Legifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446>
- Coster, W. et Khetani, M-A. (2008). Measuring participation of children with disabilities : Issues and challenges. *Disability and Rehabilitation*, 30(8), 639-648.
- Desrosiers, J. (2005). Muriel Driver Memorial Lecture. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(4),195-203.
- Djaoui, E. (2015). Rôles sociaux et activité. Dans M-C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offenstein, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y., Hung et C. Gras (dir). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p.207-216). Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Ebersold, S. (2012). Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : Du désavantage à la participation sociale. *Análise Psicológica*, 20(3), 281-290.
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Presses de l'Université Laval. Lava, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Guihard, J-P. (2001). Et si l'ergothérapie était une thérapie politique ? *Ergothérapies*, 1,11-16.
- Gutman, S-A., Mortera, M., Hinojosa, J. et Kramer, P. (2007). Revision of the occupational therapy practice framework. *American Occupational Therapy Association*, 61(1), 119-126.

- Heinemann, A. (2010). Measurement of participation in rehabilitation research. *Archive of Physical and Medical Rehabilitation*, 91(9), S1-S4.
- Heinemann, A. W., Tulsy, D., Dijkers, M., Brown, M., Magasi, S., Gordon, W. et DeMark, H. (2010). Issues in participation measurement in research and clinical applications. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9), S72-S76.
- Hemmingsson, H., et Jonsson, H. (2005). An occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, disability and health - Some critical remarks. *American Journal of Occupational Therapy*, 5, 569-76.
- Larivière, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Revue Canadienne d'ergothérapie*, 72(2), 114-27.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640-49.
- Lievin, J-C. (2015). Le processus d'intervention en ergothérapie : Relation entre facteurs contextuels environnementaux et personnels. *Ergothérapies*, 56, 43-50.
- Lievin, J-C. (2015). *L'ergothérapie en action sociale*. L'Harmattan. Paris, France : L'Harmattan.
- Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, 11 fev. 2005, n°2005-102.
- Magasi, S., et Post, M. W. (2010). A comparative review of contemporary participation measures' psychometric properties and content coverage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9), S17-S28.
- Maison des sciences sociales du handicap (MSSH). (2015, mis à jour le 23 octobre) : *Participation sociale et qualité de vie des personnes handicapées : Ouvrons le dialogue, 8-9 octobre 2015, Rennes*. Récupéré le 25 mai 2016 du site de l'école des hautes études en santé publique : <http://mssh.ehesp.fr/2015/06/participation-sociale-et-qualite-de-vie-des-personnes-handicapees-ouvrons-le-dialogue-8-9-octobre-2015-rennes/>
- Margot-Cattin, P. (2008). Les principes d'une démarche d'évaluation et les définitions. Dans J.M Caire (dir.), *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p.56-62). Marseille, France : Solal.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Ministère de la santé et des sports. (2010). Annexe 2. Diplôme d'état d'ergothérapeute référentiel de compétences. *Bulletin officiel, santé, protection sociale, solidarité*, 7, 177-248.

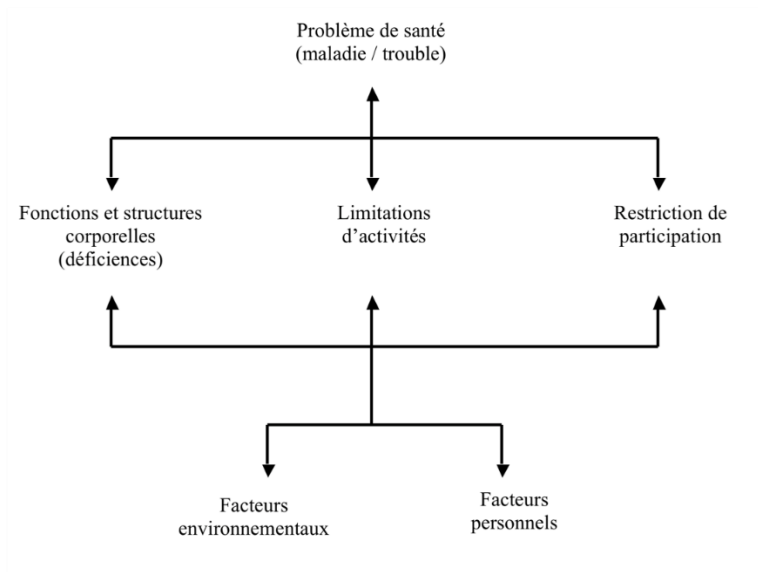
- Ministère de la santé et des sports. (2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplômé d'Etat d'ergothérapeute*. Récupéré le 20 mai 2016 du site Legifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>
- Morel-Bracq, M-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Morel-Bracq, M-C. (2010). La science de l'activité humaine dans le référentiel de formation des ergothérapeutes. *Expériences en ergothérapie*, 16, 105-112.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé.
- Piskur, B., Daniëls, R., Jongmans, M.-J., Ketelaar, M., Smeets, R., Norton, M. et Beurskens, A. (2013). Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clinical Rehabilitation*, 28(3), 211-220.
- Poulin, V. et Desrosiers, J. (2010). Validation française de questionnaires de participation sociale auprès d'ânés en situation d'incapacités. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(3), 159-166.
- Prouteau, A., Koleck, M., Belio, C., Saada, Y., Merceron, K., Dayre, E. et Mazaux J-M. (2012). Mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique et cognitif : validation préliminaire de la G-MAP. *Revue européenne de recherche sur le handicap*, 6(4), 279-295.
- RIPPH. (2016). *MHAVIE*. Récupéré le 16 janvier 2016 sur le site du RIPPH : <http://www.ripph.qc.ca/instruments-de-mesure/mhavie>.
- Rosenberg, L., Jarus, T. et Bart, O. (2010). Development and initial validation of the Children Participation Questionnaire (CPQ). *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1633-1644.
- Seene 2009. L'évaluation écologique. Dans J.M Caire (dir.), *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p.56-62). Marseille, France : Solal.
- Tetreault, S. et Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain la neuve, Belgique, DeBoeck.
- Tremblay, G. et Tellier, C. (2006). *L'échelle « évaluation du niveau de participation sociale », manuel de l'utilisateur*. Récupéré le 25 mai 2016 sur le site de La Myriade Centre de rééducation : <http://www.crlamyriade.qc.ca/Recherche.htm>
- Trouvé, E., Offenstein, E. et Agati, N. (2015). L'ergothérapeute de demain en France. *Ergothérapies*, 59, 5-11.
- Wagner, C. (2005). *Profession ergothérapeute*. Paris, France : L'Harmattan.

Whiteneck, G. et Dijkers, M. P. (2009). Difficult to measure constructs : conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(11), S22-S35.

Annexes

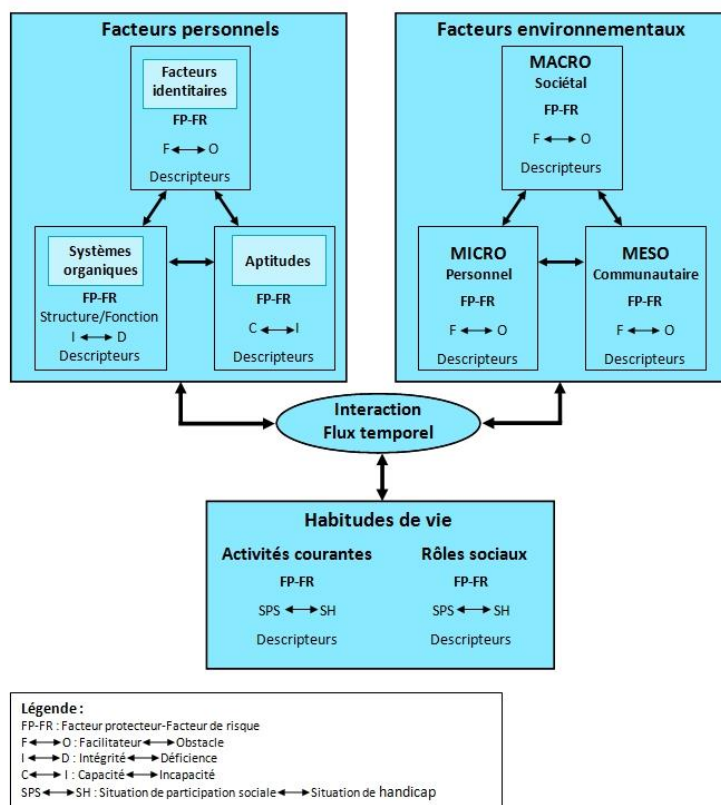
Annexe 1 : Schéma de la CIF (OMS, 2001).....	II
Annexe 2 : Schéma du MDH-PPH.....	II
Annexe 3 : Taxonomie des activités sociales selon Carbonneau et al. (2013).....	III
Annexe 4 : Mail type envoyé aux professionnels.....	IV
Annexe 5 : Règles éthiques et formulaire de consentement.....	V
Annexe 6 : Guide d’entretien.....	VII
Annexe 7 : Questionnaire données socio-démographiques.....	XI
Annexe 8 : Supports visuels étayant les questions 6 et 11.....	XII
Annexe 9 : Grille d’analyse.....	XIII
Annexe 10 : Grille d’analyse P1.....	XIV
Annexe 11 : Grille d’analyse P2.....	XVII
Annexe 12 : Grille d’analyse P3.....	XX
Annexe 13 : Grille d’analyse P4.....	XXIV
Annexe 14 : Grille d’analyse P5.....	XXVII
Annexe 15 : Grille d’analyse P6.....	XXX
Annexe 16 : Grille d’analyse P7.....	XXXIII
Annexe 17 : Grille d’analyse P8.....	XXXVII
Annexe 18 : Grille d’analyse P9.....	XLI
Annexe 19 : Retranscription P1.....	XLV
Annexe 20 : Retranscription P2.....	L
Annexe 21 : Retranscription P3.....	LVI
Annexe 22 : Retranscription P4.....	LXV
Annexe 23 : Retranscription P5.....	LXIX
Annexe 24 : Retranscription P6.....	LXXIII
Annexe 25 : Retranscription P7.....	LXXIX
Annexe 26 : Retranscription P8.....	LXXXV
Annexe 27 : Retranscription P9.....	XCII

Annexe 1 : Schéma de la CIF (OMS, 2001)



Annexe 2 : Schéma du MDH-PPH

Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2) (Fougeyrollas, 2010)



Annexe 3 : Taxonomie des activités sociales selon Carbonneau et al. (2013)



Annexe 4 : Mail type envoyé aux professionnels

Bonjour,

Je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à Lyon et dans le cadre de mon mémoire je m'intéresse à la façon dont les concepts théoriques en ergothérapie sont utilisés en pratique. Plus particulièrement je m'intéresse à la façon dont ils sont intégrés dans les évaluations ergothérapeutiques.

Pour répondre à cette question j'ai privilégié des entretiens semi-dirigés. Je souhaiterais donc m'entretenir avec des ergothérapeutes issus de différents lieux de pratiques et étant diplômés soit depuis plus de 3 ans, soit depuis moins de 3 ans.

Je vous sollicite donc afin de savoir s'il était possible de vous rencontrer dans le cadre de ma recherche. L'entretien durera environ 30 min, et pourra s'effectuer sur votre lieu de travail. L'ensemble de la démarche permet de conserver votre anonymat, et je pourrais vous communiquer les résultats à l'issue de l'étude.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette démarche, je vous propose de fixer un rendez-vous entre le 9 et le 19 février, si ces dates peuvent vous convenir.

Votre participation est très importante pour le déroulement de cette étude puisqu'elle permettra de comprendre la façon dont il est possible de s'approprier des concepts ergothérapeutiques sur le terrain.

J'attends votre réponse, qui je l'espère sera positive,

Si vous avez des questions n'hésitez pas à me contacter :

Mail : marine.febvre@gmail.com

Tel : 06 61 41 05 47

En vous remerciant par avance,

Bien cordialement,

Marine Febvre

Annexe 5 : Règles éthiques et formulaire de consentement

Règles éthiques

Présentation du chercheur :

Je m'appelle Marine Febvre et je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie. Je réalise cette recherche dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute. Je suis supervisée par M. Denis Jacquemot, tuteur de mémoire, et de façon plus générale par M. Bernard Devin, directeur de l'IFE. Le présent document a pour objectif de vous renseigner sur les modalités de ce projet. S'il ne répond pas à l'intégrité de vos questions, n'hésitez pas à me contacter.

Présentation du projet et de ses objectifs :

Mon étude a pour but d'explorer la façon dont les concepts théoriques en ergothérapie sont intégrés dans les pratiques des ergothérapeutes. De façon plus particulière, je m'intéresse à la manière dont la participation sociale est intégrée dans les évaluations ergothérapeutiques.

Déroulement de l'étude :

Votre participation à cette recherche consistera à répondre à des questions en rapport avec le sujet de l'étude, lors d'un entretien individuel d'environ 45 min. Cet entretien sera conduit dans votre structure ou par tout autre moyen de communication (téléphone, mail, skype...).

Confidentialité :

Les données recueillies au cours de ce projet seront conservées par le chercheur. Seul le chercheur et les responsables de la formation auront la possibilité d'accéder aux données nominatives. Toutes les données seront anonymisées dans le rapport et toute autre présentation en lien avec cette recherche. Cet entretien sera enregistré afin d'en faciliter l'analyse du contenu. Il fera l'objet d'une retranscription écrite et sera diffusé dans les annexes de ce travail. Les enregistrements seront détruits une fois la soutenance de mémoire validée et ne seront pas diffusés dans d'autres contextes.

Retrait de la recherche :

Votre participation à cette recherche est volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de l'étude sans justification. En cas de désistement tous les documents vous concernant seront détruits. Il sera important néanmoins de m'en faire part par mail ou téléphone.

Accès aux données de l'étude :

A la fin de l'étude, il vous sera possible de me demander les résultats par mail à l'adresse suivante : marine.febvre@gmail.com.

Cette étude n'est pas rémunérée.

Contact du chercheur :

Mail : marine.febvre@gmail.com

Téléphone : 06 61 41 05 47

Contact des responsables de la formation :

M. Devin Bernard, Directeur de l'institut de formation en ergothérapie

Mail : bernard.devin@univ-lyon1.fr

M. Jacquemot Denis, Tuteur de mémoire de recherche

Mail : denis.jacquemot@chu-lyon.fr

Formulaire de consentement

Je soussignée ergothérapeute D.E.,
accepte de participer à cette recherche, dont les modalités ont été décrites ci-dessus.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions de passation de l'entretien ainsi que de la
gestion des données.

Par ce document, j'accepte de participer volontairement à l'étude proposée.

Fait à en deux exemplaires, le.....

Signatures :

Participant

Etudiante

Annexe 6 : Guide d'entretien

Présentation du contexte de la recherche

Bonjour, je m'appelle Marine Febvre, et dans le cadre de ma dernière année d'étude en ergothérapie je suis amenée à effectuer une recherche. Ma recherche porte plus particulièrement sur le passage de concept théorique dans la pratique des ergothérapeutes. De façon plus spécifique je m'intéresse au concept de participation sociale et à la façon dont celui-ci est intégré dans les évaluations en ergothérapie. Ce projet est suivi par M. Denis Jacquemot, mon tuteur de mémoire, et de façon plus générale par M. Bernard Devin, directeur de l'institut de formation.

Avant de commencer à vous décrire de façon plus spécifique comment va se dérouler l'entretien, je vous laisse prendre connaissance des règles éthiques et du formulaire de consentement. Si vous êtes en accord avec les règles éthiques, vous pourrez signer le formulaire de consentement, et nous commencerons alors l'entretien. Si vous avez des questions concernant les points décrits dans ces formulaires n'hésitez pas à me les poser.

Présentation de l'entretien

Concernant l'entretien qui va suivre il durera environ 45 min. Les questions porteront sur les thèmes suivants :

- Le processus d'évaluation en ergothérapie
- Le concept de participation sociale
- La mesure de la participation sociale

Avant de démarrer l'entretien, je tiens à vous repreciser quelques points :

- Cet entretien est confidentiel. Aucune information permettant de vous identifier ne se retrouvera dans le rapport ou toute autre présentation en lien avec cette recherche.
- Vous êtes libre de répondre ou non à une question. Vous pouvez m'interrompre à tout moment, et vous pouvez également poser des questions si vous avez besoin d'informations complémentaires. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.
- Avec votre accord l'entretien sera enregistré il ne sera pas utilisé ni diffusé dans un autre cadre que cette recherche. Cela me permettra de faciliter la prise de note en pouvant être attentif à notre entretien. Est-ce que cela vous pose problème ?

Avant de commencer avez-vous des questions à propos de la recherche ou du déroulement de l'entretien ?

En italique : questions à poser si elles ne sont pas abordées par le participant au cours de la question plus générale.

SECTION 1 : Processus d'intervention / Evaluation de manière générale

1. Pour commencer pourriez-vous me décrire quelles sont vos missions au sein de la structure/cabinet dans laquelle/lequel vous travaillez ?
 - a. Avec quel public êtes-vous amené à travailler ?
 - b. Vous déplacez-vous sur les lieux de vie de vos patients ? A quelle fréquence ?

2. Comment établissez-vous votre plan d'intervention ?

- a. Procédez-vous à une évaluation des patients pour mener le processus d'intervention ?
3. Nous allons maintenant aborder de façon plus précise l'évaluation des occupations de vos patients, j'aimerais tout d'abord savoir comment faites-vous la différence entre l'évaluation des activités et l'évaluation des occupations ?
S'il n'y a pas de différence pour la personne : dans mon mémoire voilà la distinction que je fais entre ces deux notions : donner sur un support papier :
 -*Activité = Une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations. Dimension observable des occupations : Cp, tâches et actions des occupations.*
 -*Occupation = Un groupe d'activités, ayant une valeur personnelle et socioculturelle : peut être classé en soins personnels, productivité et loisirs. Ne se réduit pas au monde du faire, à l'action → réflexion qui précède l'action, l'idée de l'action, la motivation → contextualisé dans la réalité de la personne.*
Exemple :
 -*Activité = acheter les ingrédients + préparer la soupe + mettre la table ...*
 -*Occupation = Préparer le repas*
4. Lorsque vous évaluez les occupations de vos patients, que collectez-vous comme données à propos de leurs occupations ?
 a. *A quelles occupations vous intéressez-vous ?*
5. Pendant l'évaluation, il est possible de parfois évoquer les rôles sociaux de vos patients, est-ce une notion à laquelle vous êtes attentif ?
 a. *Si oui : Que cherchez-vous à savoir ? A quels rôles vous intéressez-vous ? De façon systématique ?*
 b. *Si non : Y-a-t-il une raison particulière au fait que vous ne vous y intéressiez pas ?*
6. Parmi ces 6 notions, lesquelles utilisez-vous systématiquement pour évaluer les occupations de vos patients ?
Sur des papiers : fréquence de réalisation des occupations, aide pour la réalisation des occupations, degré de réalisation des occupations, degré de satisfaction lié à la réalisation de l'occupation, l'importance liée à la réalisation de l'occupation, le choix de l'occupation.
7. Le concept de participation sociale étant un concept relativement émergent en France, est ce que vous l'incluez dans vos évaluations ergothérapeutiques ?
8. Avez-vous d'autres éléments à me communiquer afin que je puisse saisir au mieux la façon dont vous conduisez le processus d'évaluation des occupations de vos patients ?

SECTION 2 : Le concept de participation sociale

Nous avons commencé à aborder le concept de participation sociale, nous allons maintenant nous y intéresser plus particulièrement.

9. Est-ce un concept dont vous avez déjà entendu parler avant mon entretien ?
10. Vous souvenez dans quel(s) contexte(s) avez-vous déjà entendu parler de participation sociale ?
 - a. Où ? Donner des exemples si ne sait pas : IFE, colloque, articles scientifiques, lieu de travail...
 - a. Quand ? Il y a moins de 6 ans ? Plus de 6 ans ?
 - b. Qui ? étudiant stagiaires, collègues
11. Si vous aviez une définition à me donner de la participation sociale, quelle serait-elle ?
Donner la définition de la PS écrite sur une feuille : L'engagement par l'activité, dans une situation de vie socialement contextualisée.
Explication supplémentaire : Cad le degré d'implication d'une personne au sein de la société. Cette implication se matérialise par l'intermédiaire des occupations et des rôles sociaux en découlant. On est en situation de participation sociale lorsque l'on peut effectuer les occupations et nos rôles sociaux dans la société. Assurer l'éducation de ses enfants (ex aider à faire les devoirs) → fait partie du rôle de parent / d'éducation → concourt à la participation sociale au sein de la famille.
12. Quel intérêt selon vous ce concept peut-il avoir en ergothérapie ?
 - a. Dans votre pratique ?
13. Vous êtes-vous déjà documenté spécifiquement sur le sujet ?
 - a. Si oui :
 - i. Facilité de trouver de la documentation / obstacles
 - ii. Où trouver de la documentation
 - b. Si non :
 - i. Avez-vous une raison particulière à cela ? manque d'intérêt, concept clair, pas d'utilité dans votre pratique...
14. Avez-vous d'autres éléments à ajouter afin que je puisse saisir au mieux votre conception de la participation sociale ?

SECTION 3 : Mesure de la participation sociale

Ma recherche porte plus particulièrement sur la mesure de la participation sociale.

15. Que collectez-vous comme données à propos de la participation sociale de la personne ?
16. Auriez-vous d'autres critères d'évaluations ou des indicateurs qui seraient intéressants à mesurer pour avoir une idée de la participation sociale, maintenant que nous venons d'en parler ?
17. Comment évaluez-vous les occupations et les rôles sociaux de vos patients ? Utilisez-vous un outil en particulier ? Comment est construit cet outil ? Avec un questionnaire, un entretien, un instrument de mesure ?

18. *Dans le cas où la personne utilise un outil* : Sur quels critères avez-vous sélectionné cet outil ? Est-ce que vous connaissez d'autres outils ?
Dans le cas où la personne n'utilise pas d'outil : Avez-vous connaissance d'outils mesurant la participation sociale / les occupations ?
- Si oui, pourriez-vous m'en citer quelques-uns ?*
 - Pour quelle raison préférez-vous utiliser l'entretien à un de ces outils ?*
19. Comment évaluez-vous la participation sociale de vos patients ? Utilisez-vous un support ?
20. *Dans le cas où la personne utilise un outil* : Sur quels critères avez-vous sélectionné cet outil ? Est-ce que vous connaissez d'autres outils ?
Dans le cas où la personne n'utilise pas d'outil : Avez-vous connaissance d'outils mesurant la participation sociale / les occupations ?
- Si oui, pourriez-vous m'en citer quelques-uns ?*
 - Pour quelle raison préférez-vous utiliser l'entretien à un de ces outils ?*
21. Selon vous, quels pourraient être les obstacles, s'il y en a, à la mesure de la participation sociale ? *Qu'est ce qui pourrait limiter cette mesure ?*
22. Selon vous, quel est l'intérêt de la mesure de la participation sociale en ergothérapie ?
23. Avez-vous d'autres éléments dont vous ne m'avez pas fait part qui me permettrait de saisir la façon dont vous mesurez la participation sociale, les occupations de vos patients ?

SECTION 4 : Suggestions

24. Que faudrait-il faire pour que la mesure de la participation sociale se développe ?
25. Que suggèreriez-vous afin de faciliter le passage de concept théorique comme la participation sociale dans la pratique ?

Avant de se quitter je vous demanderais de remplir un court questionnaire portant sur des données sociodémographiques.

Egalement si vous le désirez, je pourrais vous envoyer un rapport de synthèse de la recherche lorsqu'elle sera terminée.

Merci pour votre participation à cet entretien.

Annexe 7 : Questionnaire données socio-démographiques

A remplir par le participant :

Année d'obtention de votre diplôme d'état d'ergothérapeute :

Institut de Formation en ergothérapie où a été obtenu le diplôme :

Autres formations diplômantes suivies en relation à l'ergothérapie :

Autres formations non diplômantes suivies en relation à l'ergothérapie :

Nom de l'établissement / cabinet dans lequel vous travaillez :

A remplir par le chercheur :

Date de l'entretien :

Nom du participant :

Annexe 8 : Supports visuels étayant les questions 6 et 11

Participation sociale : L'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées.

Fréquence de réalisation des occupations

Aide pour la réalisation des occupations

Degré de réalisation des occupations

Degré de satisfaction lié à la réalisation de l'occupation

Importance liée à la réalisation de l'occupation

Choix de l'occupation

Annexe 9 : Grille d'analyse

		Participant X	
Données sociodémographiques	Date du diplôme		
	IFE		
<i>Questionnaire</i>	Formation diplômante		
	Formation non diplômante		
Conditions d'exercice <i>Q1</i>	Missions au sein de la structure		
	Public accompagné		
	Intervention sur lieux de vie		
	Fréquence d'intervention sur les lieux de vie		
Construction du plan d'intervention <i>Q2</i>			
Compréhension du concept de participation sociale <i>Q3, 9, 11</i>	Compréhension du concept d'occupation		
	Connaissance verbale du concept de participation sociale		
	Définition	Engagement	
		Activité/occupation	
		Situation de vie socialement contextualisée	
Définition			
Diffusion du concept de PS <i>Q9, 10, 13</i>	Où		
	Qui		
	Quand		
	Recherche documentaire	Où	
		Facilité	
Conscience mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 10</i>	Critère d'évaluation des occupations		
	Rôle social		
	Facteurs objectifs		
	Facteurs subjectifs		
	Evaluation de la participation sociale		
Mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>	Support utilisé		
	Choix du support		
	Outil connu		
	Comment évaluer la PS		
	Occupations comprises dans la PS		
	Difficulté mesure de la PS		
Intérêt du concept <i>Q12, 22</i>	En pratique		
	A mesurer		
Suggestions <i>Q24, 25</i>	Améliorer la mesure de la PS		
	Faciliter le passage des concepts théoriques en pratique		

Annexe 10 : Grille d'analyse P1

		Participant 1	
Données sociodémographiques	Date du diplôme	1989	
	IFE	Lyon	
<i>Questionnaire</i>	Formation diplômante		
	Formation non diplômante		
Conditions d'exercice <i>Q1</i>	Missions au sein de la structure	Accompagnement de personnes en situation de handicap en HDJ. Plus de la réadaptation que de la rééducation.	
	Public accompagné	Neurologie adulte : TC, AVC, lésions médullaires, SEP	
	Intervention sur lieux de vie	Oui	
	Fréquence d'intervention sur les lieux de vie	Moins de une fois par mois	
Construction du plan d'intervention <i>Q2</i>		Entretien + évaluation avant de construire les objectifs du plan d'intervention	
Compréhension du concept de participation sociale <i>Q3, 9, 11</i>	Compréhension du concept d'occupation		« J'aurais tendance à te répondre non. Mais peut être que dans la pratique je fais la différence, peut être que c'est une histoire de mots ? » (1.47-48)
	Connaissance verbale du concept de participation sociale		« Oui » (1.117)
	Définition	Engagement	« la participation c'est la manière que cette personne va avoir d'intervenir » (1.162)
		Activité/occupation	« le fonctionnement de la personne par rapport à sa famille, par rapport à ses amis, son travail ça touche à tout ça. Et la participation c'est la manière que cette personne va avoir d'intervenir sur tout ça ou dans tous ces domaines-là, euh avec ce qu'elle est, dans l'environnement où elle est » (1.160-162)
		Situation de vie socialement contextualisée	« il y a une idée de rôle social, donc de participation à des choses qui vont avoir un impact sur les autres sur la société » (1.159-160)
Définition		« participation sociale euh il y a une idée de rôle social, donc de participation à des choses qui vont avoir un impact sur les autres sur la société, sur le fonctionnement de la personne par rapport à sa famille, par rapport à ses amis, son travail ça touche à tout ça. Et la participation c'est la manière que cette personne va avoir d'intervenir sur tout ça ou dans tous ces domaines-là, euh avec ce qu'elle est, dans	

			l'environnement où elle est. » (l.145-149)
Diffusion du concept de PS <i>Q9, 10, 13</i>	Où		« quand on a travaillé sur l'analyse de la pratique » (l.121) « ça a été une formation de l'analyse de pratique sur l'hôpital » (l.128)
	Qui		« des intervenants extérieurs qui venaient présenter des concepts » (l.131). des ergothérapeutes
	Quand		« ça fait plus de 10 ans » (l.121)
	Recherche documentaire	Où	« Chercher intentionnellement non. Après c'est sûr qu'il y a des lectures qui passent mais non je n'ai pas recherché particulièrement » (l.181-182)
		Facilité	
Conscience mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 10</i>	Critère d'évaluation des occupations		« perte de rôles » (l.58), « je pars plus souvent des demandes de la personne qui parle d'emblée de ses occupations » (l.60). « donc ce que je cherche à savoir c'est où la personne veut aller. Ce qu'elle veut travailler, ce qu'elle veut récupérer, ce qu'elle veut pouvoir de nouveau assumer, faire voilà » (l. 64-65). « je demande un petit peu comment ça se passe, comment ça se passe par rapport à avant, le type d'aide dont vous avez besoin, donc voilà je cherche à quantifier ce qui n'est plus faisable, qualifier ce qui manque » (l.75-77)
	Rôle social		« Oui systématiquement oui. Et à travers la trame que j'utilise pour ces fameux entretiens qui s'appuient sur le PPH forcément je vais aller chercher ça quelque part. Par les rôles vis-à-vis du conjoint, de la conjointe, des enfants, du travail, des loisirs, associatifs, communautaires. C'est toujours quelque chose que je demande » (l.92-95)
	Facteurs objectifs		Degré de réalisation, aide pour la réalisation
	Facteurs subjectifs		Satisfaction, Importance
	Evaluation de la participation sociale		« Alors j'ai pas d'outil spécifique pour ça, non, non » (l.111)
Mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>	Support utilisé		Entretien
	Choix du support		« Je pense que je l'ai beaucoup utilisé et qu'elle est un peu lourde à utiliser parce qu'elle a beaucoup d'items et de questions et qu'avec l'habitude et l'expérience, donc ça c'est le côté positif et le côté négatif c'est plus le côté routine. J'enveloppe ces questions-là sur ma grille PPH de situation de handicap » (l.200-203)
	Outil connu		MHAVIE, GEVA
	Comment évaluer la participation sociale		« le degré de réalisation, le degré de satisfaction, euh le choix des activités importantes, enfin des occupations importantes, comment elles sont faites, et puis si cela est satisfaisant. Enfin une MHAVIE quoi en gros, je suis en train de me dire que ça doit être à peu près ça. Et les aides en plus comme dans la MHAVIE » (l.194-197 »

	Occupations comprises dans la PS	« sur le fonctionnement de la personne par rapport à sa famille, par rapport à ses amis, son travail à touche à tout ça » (l.146-147)
	Difficulté mesure de la PS	« A part le temps ? et bien ça prend du temps à étudier ça, et bien souvent ce qui est frustrant ici là c'est que l'on a sur certains bilans, évaluations, le temps est trop court et on n'a pas le temps de creuse ça, et on sent bien que c'est le nerf de la guerre » (l.232-234) « et puis que pour que les gens parlent de ce qui est important pour eux il ne faut pas qu'ils nous aient vu que depuis 5 min » (l.235-236)
Intérêt du concept <i>Q12, 22</i>	En pratique	« c'est quand même le noyau de la vie d'une personne, c'est euh, c'est presque le noyau dur de --- son existence enfin de sa manière d'exister. » (l.166-168) « si on ne regarde pas la manière de vivre de quelqu'un au travers de ça, on va rester soit dans du fractionné c'est-à-dire je plie je tends un bras et ça me permet de manger, soit soit on va rentrer dans des stéréotypes, la femme au foyer, les enfants, le travail voilà » (l.169-171) « vu que nous en tant qu'ergothérapeute à mon sens notre activité est d'accompagner les gens pour qu'ils réalisent au mieux ces activités, si on se passe de ce concept là on est soit kiné, je suis méchante, soit euh anthropologue pour mesurer voilà les choses, mais pas ergo quoi » (l.176-178)
	A mesurer	« le seul intérêt c'est déjà de faire un retour à la personne, de lui donner un repère sur où elle en est, ça peut être un indicateur et la deuxième chose c'est de pouvoir comparer dans le temps » (l.252-254)
Suggestions <i>Q24, 25</i>	Améliorer la mesure de la PS	« que les médecins soient mieux informé que cela fait partie de notre cœur de métier, ce qui fait que ça leur permettrait de s'interroger, nous interroger sur ce sujet-là, plutôt que de nous demander un Jamar ou une MIF, il y en a encore qui n'ont pas compris » (l.266-268) « peut être une trame qui s'appellerait comme ça, enfin que ce soit identifié de cette façon-là. » (l.271) « Euh ouai donc plus identifier en tant que tel » (l.273)
	Faciliter le passage des concepts théoriques en pratique	« et ce qui a permis que je les intègre et que j'en vois l'intérêt c'est, ça a été d'utiliser des outils voilà. Ça a été vraiment d'utiliser des outils alors d'une manière un peu fastidieuse au départ et puis finalement ça prend du sens avec la pratique. » (l.291-293) « S'approprier, pratiquer et puis après ça prend son sens dans la pratique » (l.296)

Annexe 11 : Grille d'analyse P2

		Participant 2
Données sociodémographiques	Date du diplôme	2014
	IFE	Lyon
<i>Questionnaire</i>	Formation diplômante	
	Formation non diplômante	
Conditions d'exercice <i>Q1</i>	Missions au sein de la structure	Appareillage, mises en place d'aides techniques, rééducation
	Public accompagné	Enfants polyhandicapés, autistes, dyspraxiques
	Intervention sur lieux de vie	oui
	Fréquence d'intervention sur les lieux de vie	1x/jour au minimum
Construction du plan d'intervention <i>Q2</i>		Par l'entretien et les bilans
Compréhension du concept de participation sociale <i>Q3, 9, 11</i>	Compréhension du concept d'occupation	
	« c'est une activité de manière générale » (1.59)	
	Connaissance verbale du concept de participation sociale	
	« Ouai j'en ai vaguement entendu parlé dans les concepts » (1.150). « Euh pas dans ces termes en tout cas. Ce n'est pas un mot que l'on emploie généralement. Euh. Après je veux dire dans les faits voilà avec les collègues quand on justement, on va s'intéresser à tout ce qui est activité de l'enfant forcément on traite un peu de la participation sociale, mais euh on parle pas de participation sociale » (1.159-163)	
	Définition	Engagement
Activité/occupation		
Situation de vie socialement contextualisée		« Participation sociale est liée aux rôles que l'on a dans la société », « tout ce que l'on peut faire dans la société »
Définition		« Ouai pour moi c'est un peu tout ce que l'on peut faire dans la société, enfin ouai tous les rôles que l'on peut avoir dans la société, que ce soit en tant que parent, frère et sœur, que travailleur, qu'étudiant, qu'élève à l'école primaire, tout ça. Ouai, la participation sociale elle est liée aux rôles que l'on a dans la société. » (1.168-172)
Diffusion du concept de PS <i>Q9, 10, 13</i>	Où	« à part dans mes études, mais depuis que je travaille non. » (1.197)
	Qui	
	Quand	« Je sais que j'avais pu le faire justement pour des copains qui avaient leur mémoire dessus mais, après en soit je ne saurais pas te dire si c'était que de la

		participation sociale ou si c'était autre chose. » (1.200-202)
	Recherche documentaire	Où pubmed
		Facilité « Oui, parce qu'en général quand on arrivait à chercher pour les autres c'est qu'il y avait des, c'était pas simple à trouver quoi. Donc oui, c'était vraiment pas le sujet, enfin oui on trouvait pas vraiment grand chose dessus » (1.207-209)
Conscience mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 10</i>	Critère d'évaluation des occupations	« je vais chercher à connaître ce que la personne sait déjà faire, euh voilà pour savoir sur quoi je peux m'appuyer et puis après je vais voir au niveau déficits si ça pose problème, soit en fonction du dossier médical que j'ai pu avoir, soit directement en voyant, et puis je vais chercher à savoir quel impact ça a dans la vie de la personne. » (1.68-72). « s'il a quelque chose en particulier qu'il a envie de faire et pour lesquels il a des difficultés je vais aussi m'axer dessus » (1.76-78). « Pour voir à peu près toutes les occupations que la personne peut avoir, pour avoir le maximum d'informations de voir vraiment où est la difficulté quoi. » (1.81-82)
	Rôle social	« Euh, ouai non pas forcément (rire). C'est plus euh, ouai je vais pas forcément tenir compte de comment... enfin comment dire. Ouai non je vais surtout m'intéresser à l'instant t et puis euh ouai non à la façon dont ça se passe pour faire une activité et pas forcément de comment il est avec les autres et par rapport aux rôles qu'il peut avoir. » (1. 95-98)
	Facteurs objectifs	aide à la réalisation des occupations, degré de réalisation des occupations
	Facteurs subjectifs	
	Evaluation de la participation sociale	« Non. » (1.123)
Mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>	Support utilisé	2 grilles d'entretien Mif môm + BME
	Choix du support	« Ba ils me paraissaient assez complets. Ils reprenaient vraiment les grandes parties des activités de vie quotidienne qu'il y a avait et voilà je les trouvais assez complets et assez simples pour les utiliser avec des enfants et des parents, pour que ce soit accessible aux parents voilà, pour savoir vraiment à quoi ça correspond. » (1.275-278)
	Outil connu	« Alors en relisant les critères que tu m'as envoyé là, ça me fait quand même penser attend que je retrouve le nom, à la MCRO, qui est au Canada, donc ouai, en relisant ça, ça me fait vraiment penser à ça, où il y a l'idée de satisfaction, de

		rendement, de degré de réalisation, les aides et tout ça, et puis l'idée d'importance aussi. » (1.288-291 »
	Comment évaluer la PS	« C'est une très bonne question. Pour mesurer la participation sociale... Euh, --- très franchement je serais incapable de te dire quels bilans, quels, ouai dans quel type d'évaluation ce serait, enfin ce serait mesurable quoi. » (1.218-220). « Si je reprends un peu les critères que tu m'as envoyé tout à l'heure ça me semble pas mal. » (1.222-223)
	Occupations comprises dans la PS	« Tout ce que l'on peut faire dans la société » « en tant que parent, frère et sœur, travailleur, étudiant... » (1.170-171)
	Difficulté mesure de la PS	-Avoir les outils pour. -Abstrait auprès des enfants. Ne voit pas comment parler d'importance d'activité aux enfants car vont ressortir que le jeu. Et ne voit pas combiner les attentes des parents qui ne seraient pas les mêmes. Le fait que l'enfant n'a pas forcément le choix de ses activités. -Pas l'habitude d'utiliser ce concept là en pratique comme au Canada. -Ne l'évalue pas parce que ce n'est pas quelque chose « d'inné », quelque chose auquel on pense en premier. -« si on comprend rien »
Intérêt du concept <i>Q12, 22</i>	En pratique	« On est obligé d'en tenir compte pour tenir compte de toutes les dimensions de l'activité et de la personne dans ce qu'elle fait » (1.188-189)
	A mesurer	« Pour avoir une vision globale de la personne. » « fait partie de la personne » « prendre en compte toute la personne » (1.316-319)
Suggestions <i>Q24, 25</i>	Améliorer la mesure de la PS	« Mais du coup voilà comme ce n'est pas quelque chose qui est abordé par les médecins euh les autres professionnels avec lesquels on travaille, ba du coup quand on est tout seul on y pense pas forcément et du coup on va pas se lancer dans le truc en se disant si on comprend rien et si personne n'adhère euh il n'y a peut-être pas d'intérêt. Du coup peut être que sensibiliser à plus de professionnels » (1.334-343)
	Faciliter le passage des concepts théoriques en pratique	« avoir des outils qui rendent les choses plus concrètes » « on arrive pas forcément à faire le lien avec la pratique » « en développant plus d'outils qui pourraient être reliés aux concepts » « ça permet de mettre en pratique ce qu'on peut voir en théorie » (1.355-362)

Annexe 12 : Grille d'analyse P3

		Participant 3	
Données sociodémographiques	Date du diplôme	2014	
	IFE	Lyon	
<i>Questionnaire</i>	Formation diplômante		
	Formation non diplômante	Journée de PS à Garches en 2015	
Conditions d'exercice <i>Q1</i>	Missions au sein de la structure	SAMSAH + préorientation. Maintien à domicile, activité sociale, activité professionnelle, aménagement logement, orientation professionnelle.	
	Public accompagné	Adultes : handi moteurs et si associés : psy + cognitif	
	Intervention sur lieux de vie	Oui	
	Fréquence d'intervention sur les lieux de vie	Minimum 3 fois par semaine	
Construction du plan d'intervention <i>Q2</i>		Selon évaluation et bilans	
Compréhension du concept de participation sociale <i>Q3, 9, 11</i>	Compréhension du concept d'occupation		« Donc, dans mon vocabulaire non. Moi je, enfin quand j'étais en étude je faisais un peu la différence mais en fait dans le monde professionnel ça parle vraiment qu'à nous cette différence-là. Et du coup j'ai complètement perdu. » (1.76-79)
	Connaissance verbale du concept de participation sociale		« ouai » (1.216) » « On ne parle pas forcément de participation sociale en elle-même, mais plus de sur des activités précises, comment je te disais, sur voilà elle est pas aller au cinéma ou quelque chose comme ça. Comment il agit avec son réseau autour de lui. » (1.433-435)
	Définition	Engagement	« comment la personne s'y prend » (1.232)
		Activité/occupation	« pour pouvoir réaliser les activités. » (1.232)
		Situation de vie socialement contextualisée	« un peu en extérieur de son domicile et son quotidien de citoyen . » (1.233)
Définition		« comment la personne s'y prend pour pouvoir réaliser les activités qu'elle souhaite et s'inscrire dans son quotidien un peu en extérieur de son domicile et son quotidien de citoyen » (1.232-234)	
Diffusion du concept de PS	Où	« je pense que c'était pendant mes études, ma première année d'étude. Alors par contre je ne saurais pas te dire si c'était en cours ou en stage parce que mon	

Q9, 10, 13			premier stage je l'ai fait en psychiatrie et du coup l'ergo avec qui je bossais était pas mal sur cette notion de participation sociale. » (1.220-223). « J'avais fait mon mémoire en fait un peu sur la participation sociale aussi donc. » (1.251)
	Qui		Ergothérapeute en psychiatrie
	Quand		« mon stage c'était février 2012 » (1.228)
	Recherche documentaire	Où	« Je pense que j'avais trouvé pas mal de trucs suisse plutôt. En français un peu, mais c'est pas le plus développé, j'avais trouvé surtout soit anglophone, soit suisse. En fait j'en avais trouvé en français mais euh c'était plus les bases et c'était pas forcément approfondi, je trouvais que la littérature anglophone ou suisse était plus approfondi dans ce cas-là. » (1.267-270)
		Facilité	« Ce que j'avais trouvé compliqué c'est trouver une définition qui fasse un peu, où tout le monde se mette d'accord et j'avais trouvé surtout pleins de choses différentes » (1.257)
Conscience mesure de la participation sociale Q4, 5, 6, 7, 10		Critère d'évaluation des occupations	« Je pense que je fais un peu les catégories indépendance, autonomie et comment la personne, enfin plus ressenti comme elle le vit. Donc indépendance c'est est ce que concrètement elle arrive à le réaliser, autonomie à tous ce qui est cognitif, euh organisationnel, est ce qu'elle le fait spontanément. Et après comment elle le vit, est ce que elle est satisfaite de cette situation ou est ce qu'elle pense avoir des difficultés ou est-ce que, et ce que les difficultés qu'elle a ça lui convient comme ça, ou au contraire elle veut changer et s'améliorer. Parce que il y en a qui ont des difficultés dans certains domaines et ça leur va... » (1.114-120) « Il y a une première phase où vraiment on intervient pour assurer la sécurité au domicile, donc là on va vraiment plus être dans le concret de est ce qu'elle peut se nourrir, prendre sa douche, interpeller des gens si elle est en situation d'urgence, mettre en place des systèmes d'aides des choses comme ça. Et une fois que cela c'est stabilisé on va plus développer le reste sur sortir de chez elle, mettre en place des réseaux plus de loisirs, d'accompagnement social, des choses comme ça. » (1.123-131) « J'essaie un peu de balayer toutes les activités donc, il y en a que je fais tout le temps, un peu les activités basales donc la cuisine, prendre sa douche, l'hygiène, l'entretien de l'appartement, faire ses courses, un peu les choses vraiment du quotidien que tout le monde rencontre » (1.114-116)
		Rôle social	« Ouai, c'est vraiment important parce que c'est nous on est médico-social au SAMSAH, et du coup le social est important, et voilà la vie c'est pas juste savoir se faire à manger, c'est aussi rencontrer des gens et sortir de chez soi, enfin aussi si la personne a envie, et avoir des activités donc euh... » (1.134-136)

		« je m'intéresse aux rôles que la personne a à son domicile et par rapport aux autres personnes de la famille, un peu le rôle familial, voir quelle place elle a dans la famille, mais aussi ça peut être aussi pour des personnes qui vivent dans des foyers, par rapport à son entourage voir s'il y a des choses comme ça, si elle est en lien ou vraiment très isolée. » (1.140-144)
	Facteurs objectifs	aide dans la réalisation des occupations, degré de réalisation des occupations
	Facteurs subjectifs	importance, satisfaction, choix des occupations
	Evaluation de la participation sociale	« Ouai ba c'est vraiment un axe, vraiment enfin pour toutes les personnes du SAMSAH on aborde ça et c'est vraiment primordial. » (1.198-199)
Mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>	Support utilisé	Occupations : Entretien , MCRO, MHAVIE Participation sociale : Observation, TEM. « Il faut toujours, avant de les mettre en activité je fais toujours un entretien pour voir si la personne est prête ou pas à faire cette évaluation » (1.310-312)
	Choix du support	« je trouvais que ils sont assez complets, mais pas trop chronophage car le problème c'est que souvent pour faire quelque chose de très complet c'est hyper long et au final on se perd dans les informations » (1.335-337)
	Outil connu	Occupations : MCRO, MHAVIE, ELADEB, SMAF. Participation sociale : « Euh non je n'en connais pas. Enfin qui évalue spécifiquement ça non. Après moi je l'intègre toujours dans d'autres choses parce que au final la participation c'est toujours, enfin, c'est toujours dans une activité ou quelque chose que tu fais donc ou avec d'autres gens » (1.363-365)
	Comment évaluer la participation sociale	« C'est plus une évaluation qualitative de voir ce que la personne a fait concrètement au quotidien et est ce qu'elle isolée ou elle a des relations sur l'extérieur et sur comment elle met ça en place, quels sont les freins qu'elle rencontre en fait. Mais c'est plus, on l'observe un peu, je le vois en entretien mais pendant le TEM aussi c'est intéressant d'observer » (1.189-192) « je pars de l'envie, après j'essaye de voir un peu comment ça se passe réellement maintenant, qu'est ce qui va bien et qu'est ce qui pose problème. Donc quand il est tout seul est ce que ouai il a l'initiative, est ce qu'il peut se repérer est ce qu'il peut faire des choix pour choisir ce qu'il veut faire, est-ce que si en fait toute la partie préparation de la sortie est possible, si elle est possible, est ce qu'elle se met en place et si oui ou non et pourquoi. Et après si des fois elle se met en place mais que cela échoue qu'est ce qui fonctionne, qu'est ce qui ne fonctionne pas, mais du coup je fonctionne plu par activité mais pas

		forcément globalement.» (1.288-294)
	Occupations faisant parties de la PS	«la participation sociale, est ce que la personne sort ou pas. » (1.120) « si en fait toute la partie préparation de la sortie est possible » (1.281) « l'extérieur tout ce qui est professionnel etc... étudiant et le lien avec les autres, est ce que tu parles spontanément aux gens ou est-ce que c'est difficile pour moi ou des choses comme ça » (1.321-323)
	Difficulté mesure de la PS	-Compliciter d'isoler la PS et de mesurer ce concept seul : « tellement c'est en lien avec d'autres choses qu'évaluer ça spécifiquement je ne sais pas trop comment faire » (1.366-367) -Très subjectif et très relié au vécu de la personne. (1.370) - La PS est vraiment différente selon les personnes : pour certaines elles sont en situation de PS car elles sortent dans un parc, alors que pour d'autres c'est participer à la vie citoyenne. « trop d'éléments différents pour pouvoir faire vraiment une évaluation évaluant toutes les possibilités de PS » (1.373-376)
Intérêt du concept <i>Q12, 22</i>	En pratique	« pour moi l'ergothérapie c'est basé sur les activités quotidiennes de la personne du coup donc, son quotidien on n'est pas forcément que chez soi mais aussi en dehors de chez soi, et de toute façon la participation sociale ça fait partie du quotidien de tout le monde je pense, donc on a complètement notre place là-dedans. » (1.246-249)
	A mesurer	« Euh pour moi ça a intérêt si la personne trouve qu'elle a des difficultés dans ce domaine-là et qu'il veut changer les choses. » (1.404-405). « si la personne n'en n'est pas encore là, ça ne sert pas forcément à grand-chose d'approfondir »(1.406-407)
Suggestions <i>Q24, 25</i>	Améliorer la mesure de la PS	-« Je pense déjà on pourrait écrire un peu plus la définition mais que ce soit française et internationale en fait » (1.439) « l'on trouve un consensus un peu en France sur la définition » (1.445) -« la culture de la personne je pense aussi que ça joue sur sa participation sociale, et justement de mettre notre façon de voir en parallèle avec la façon de voir des personnes étrangères ça peut amener un regard différent qui va élargir nos évaluations » (1.440-442) « on tienne compte de comment les autres personnes définissent aussi la participation sociale pour pas se centrer que sur notre culture française et avoir un peu un point de vue plus large de la participation sociale en général. Parce que chez nous et au fin fond de l'Afrique je pense que ce n'est pas la même partout. » (1.446-449) -« il faudrait définir un peu des, pas des critères spécifiques mais un peu des comment on dit ça » (1.455), « Non plus des un peu des repères sur enfin,

		différents repères sur comment décomposer la participation sociale pour balayer un peu toutes les sphères, en ayant un aperçu global sans trop se centrer du coup sur qu'un élément et... »(1/458-460) -« sensibiliser tous les corps de métier à cette notion là » (1.467)
	Faciliter le passage des concepts théoriques en pratique	

Annexe 13 : Grille d'analyse P4

		Participant 4	
Données sociodémographiques	Date du diplôme	2001	
	IFE	Montpellier	
	Formation diplômante	Expertise	
<i>Questionnaire</i>	Formation non diplômante		
Conditions d'exercice <i>Q1</i>	Missions au sein de la structure	Evaluation des troubles de l'apprentissage, des troubles neurologiques, accessibilité de logement, accessibilité scolaire, expertise.	
	Public accompagné	Enfant et adulte	
	Intervention sur lieux de vie	Oui	
	Fréquence d'intervention sur les lieux de vie	Tous les jours	
Construction du plan d'intervention <i>Q2</i>		Evaluation + attentes de la famille	
Compréhension du concept de participation sociale <i>Q3, 9, 11</i>	Compréhension du concept d'occupation	« Euh, pour moi la différence, euh non je fais pas vraiment de différence. » (1.20)	
	Connaissance verbale du concept de participation sociale	« Euh, en terme de concept non. Non c'est pas ça c'est pas vrai. J'en ai entendu parlé, mais je ne sais pas à quoi ça se réfère clairement, euh parce que je ne suis pas allée voir ce qu'il y avait derrière » (1.77-79)	
	Définition	Engagement	« Apport de l'individu, contribution de l'individu » (1.89)
		Activité/occupation	« sur le plan professionnel, sur le plan des loisirs » (1.90)
		Situation de vie socialement contextualisée	« dans la société » « toutes les interactions sociales » (1.89-90)
Définition	« Euh l'apport que l'individu, la contribution que l'individu apporte dans la		

			société, que ce soit sur le plan professionnel, sur le plan des loisirs, ou enfin de toutes les interactions sociales. » (1.89-90)
Diffusion du concept de PS <i>Q9, 10, 13</i>	Où		« en lisant, des articles sur, parce que ça m'intéressais, je cherchais des trucs sur le comment dire, la place de la culture » (1.81-82)
	Qui		
	Quand		« C'était il y a plus de 6 mois, oui, mais un an grand maximum » (1.85)
	Recherche documentaire	Où Facilité	
Conscience mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 10</i>	Critère d'évaluation des occupations		« Euh chercher à savoir déjà si physiquement la réalisation de l'occupation est possible. Euh, enfin sur le plan moteur on va dire. Ensuite sur le plan cognitif euh, ensuite si matériellement tout est en place pour que cela le soit. Si familialement l'occupation est acceptée ou pas, euh, ouai on va dire ça à peu près. Et ensuite je me pose la question du reste de l'environnement social on va dire » (1.30-33) « Euh ça dépend du contexte mais forcément oui, parce que si je suis sur une évaluation d'adulte par exemple, je me poserais plus la question des tâches de vie quotidienne comme le ménage les choses comme ça que s'il s'agit d'un enfant. S'il s'agit d'un enfant, je me poserais plus la question du jeu. » (1.36-39)
	Rôle social		« Oui, surtout. Enfin j'allais dire surtout quand il s'agit d'adultes mais en fait non. Parce que avec les enfants, je suis peut-être moins attentive aux rôles sociaux propres d'un enfant que aux rôles sociaux des adultes qui sont autour » (1.42-44) « Euh aux rôles familiaux, mais après familial élargit » « Euh et après quand c'est les enfants c'est plus des interactions fraternelles, et les interactions enfin les rôles dans la classe, euh dans les loisirs, pareil » (1.46-53)
	Facteurs objectifs		degré de réalisation, aide pour la réalisation
	Facteurs subjectifs		degré de satisfaction, importance
	Evaluation de la participation sociale		« Euh, pas de façon systématique » (1.74)
Mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>	Support utilisé		Entretien ou questionnaire
	Choix du support		« Outils standardisés enferment dans des cadres et dans des cases et je refuse d'enfermer mes patients dans une case ou un cadre » (1.21-122)
	Outil connu		« Non. Je peux pas dire que j'en connais, mais comme je te disais tout à l'heure, j'ai vu passer des trucs, j'ai vu qu'il y avait des tests, j'ai regardé vite fait, mais je ne suis pas allée plus loin » (1.125-126)
	Comment évaluer la participation sociale		« je vais m'intéresser à l'importance que la personne accorde à l'occupation qu'elle, que je vais évaluer et comment dire. Si possible, parce que c'est quand

		même assez rare que l'on puisse avoir le retour de l'environnement, et si possible le retour que l'environnement social peut avoir de l'engagement de cette personne. Voilà, en terme de réalisation, d'efficacité, de satisfaction voilà .» (1.105-108)
	Occupations comprises dans la participation sociale	« le plan professionnel, sur le plan des loisirs, ou enfin de toutes les interactions sociales » (1.89-90)
	Difficulté mesure de la PS	-« pour faire une vraie évaluation de participation sociale il faudrait être en mesure d'évaluer les occupations en milieu écologique dans le milieu écologique habituel j'ai envie de dire » « encore c'est un peu biaisé parce que ce que la personne va essayer de faire ou ne pas essayer de faire par rapport au fait que l'on soit présent ou pas » (1.129-134) -« pour moi la limite c'est l'occupation professionnelle ou scolaire, c'est l'occupation loisirs, parce que ça par contre c'est beaucoup difficile de faire ces évaluations là en milieu écologique » (1.135-137) -« la mesure de la participation sociale réelle ça me semble compliquée parce que comment mesurer la part d'implication de l'individu, le ressenti de l'environnement c'est une chose moi je pense que ça ne serait pas compliqué du coup, mais l'engagement de l'individu ça me paraît plus compliqué » (1.146-148) -« Donc à partir du moment où on est face à un individu qui ne parle pas oralement, on a déjà une limite, une première » (1.141-142) « la psychiatrie clairement » (1.151)
Intérêt du concept <i>Q12, 22</i>	En pratique	
	A mesurer	« Une fois que l'on a montré l'intérêt de ça je pense que du coup, ça peut devenir très clair que c'est indispensable de la mesurer. Mais encore faut-il que l'on puisse avoir une action de cette évaluation qui permettra d'agir sur quelque chose. » (1.163-165)
Suggestions <i>Q24, 25</i>	Améliorer la mesure de la PS	« quelle est la part de, quelle serait la part de l'implication culturelle dans tout ça ? Parce que justement si l'on parle d'engagement et de participation sociale et ben c'est quelque chose qui va être très différent et en perception et en engagement en fonction de la culture de la personne. » (1.186-189) « Or, il me semble que les spécificités culturelles c'est ce qui peut permettre de comprendre les interactions que les individus ont entre eux et avec les autres. » (1.194-195)
	Faciliter le passage des concepts théoriques en pratique	-« ce n'est que de la théorie », « a quelque chose d'irréel », « d'irréel et de totalement déconnecté de la pratique » « masturbation cérébrale » « concrètement pfouuu » « ce qui me parle c'est les faits, le terrain, c'est l'interaction que j'ai avec

		l'individu" (1.176-180)
--	--	-------------------------

Annexe 14 : Grille d'analyse P5

		Participant 5	
Données sociodémographiques <i>Questionnaire</i>	Date du diplôme	1989	
	IFE	Rennes	
	Formation diplômante		
	Formation non diplômante		
Conditions d'exercice <i>Q1</i>	Missions au sein de la structure	Stimuler, faire travailler tout ce qui est capacité cognitive, formation des stagiaires.	
	Public accompagné	Psychiatrie adulte	
	Intervention sur lieux de vie	Non	
	Fréquence d'intervention sur les lieux de vie	Jamais	
Construction du plan d'intervention <i>Q2</i>		Evaluation selon un entretien	
Compréhension du concept de participation sociale <i>Q3, 9, 11</i>	Compréhension du concept d'occupation		« les loisirs et la vie quotidienne », « pas que l'activité, c'est ses centre d'intérêts, ce qu'il peut faire à l'extérieur » (1.41-43)
	Connaissance verbale du concept de participation sociale		« Non » (1.115)
	Définition	Engagement	
		Activité/occupation	« Activités extérieures, en dehors de la structure. » « Niveau associatif dans la ville » (1.1220-130)
		Situation de vie socialement contextualisée	
		Définition	« alors... en tant qu'ergothérapeute----- euh et ben c'est peut-être justement intervenir plus près du patient dans ses activités extérieures, en dehors de la structure, donc peut être plus aller à domicile voir comment la personne vit au quotidien » (1.120-122)
Difficultés de compréhension		« C'est que je trouvais que c'était quand même quelque chose qui demande réflexion, un peu à creuser, donc je ne voulais pas le faire à la va vite. Et pour moi voilà, c'était	

			un petit peu savoir où j'allais et il se trouve que là il fallait du temps, et je trouve que ça aurait été bien d'être avec une autre personne pour pouvoir échanger » (1.161-164)
Diffusion du concept de PS <i>Q9, 10, 13</i>	Où		
	Qui		
	Quand		
	Recherche documentaire	Où Facilité	
Conscience mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 10</i>	Critère d'évaluation des occupations		« Savoir un petit peu à savoir quels sont ses centres d'intérêts, qu'est-ce qu'il mobilise, qu'est-ce qu'il peut mobiliser. Euh, et puis voir aussi un petit peu si c'est quelqu'un qui est capable d'élaborer, qui s'intéresse à voilà à l'environnement extérieur, à l'actualité, et ou plutôt quelqu'un qui est démuné euh voilà. Un peu voir son environnement aussi, s'il sort s'il ne sort pas » (1.57-60) « Oui aussi, voir un peu ses capacités même dans l'entretien un petit peu de d'ouverture, d'adaptabilité peut être à des matériaux différents, à voilà, voir un petit peu son niveau aussi, pour savoir par où je vais commencer » (1.62-64)
	Rôle social		« Oui, oui c'est important de savoir un peu la situation familiale, après en effet voir si une mère est en bonne relation avec ses enfants, ou pas en bonne relation, comment elle est vue. Il y a pleins de choses, le ressenti par rapport au mari, est ce que cela se passe bien dans la vie conjuguale, par rapport aux enfants, un peu sa place au sein de la structure familiale oui c'est important » (1.69-72) « la vie professionnelle aussi » (1.74)
	Facteurs objectifs		Degré de réalisation, aide
	Facteurs subjectifs		Choix de l'occupation, degré de satisfaction
	Evaluation de la participation sociale		« Alors quelque chose que je vais évaluer, alors je vais sans doute le prendre en compte évidemment. Après je n'ai pas de critère d'évaluation » (1.108-109)
Mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>	Support utilisé		Occupation : Entretien Participation : Mises en situation « Ça demande de sortir de la structure oui » (1.216)
	Choix du support		Entretien par défaut car ne connaît pas d'outil hormis eladeb « je préférerais être formée avant d'utiliser cet outil » (1.194)
	Outil connu		Occupation : Eladeb Participation : Ne connaît pas d'outil (1.202)
	Comment évaluer la participation sociale		« Euh, déjà sa motivation, après est ce que dans le temps, est ce qu'elle est capable de tenir. Et puis, oui, est ce que cela lui permet de je ne sais pas, sa participation, le fait que cela lui apporte quelque chose et voilà quoi. Est ce que l'on va vers l'autonomie et vers quelque chose de plus normatif on va dire, s'insérer socialement, et ça serait

		bien pour elle quand même » (1.169-172)
	Occupations comprises dans la participation sociale	« s'insérer socialement » (1.167) « une remobilisation en tout cas sur l'extérieur » (1.244) « Ba l'occupation pour moi c'est tout ce qui concerne aussi les loisirs » « c'est ses centres d'intérêts, ce qu'il peut faire à l'extérieur, c'est ça le côté occupation pour moi. » (1.42)
	Difficulté mesure de la PS	-« Ça c'est un premier obstacle, c'est un travail avec le patient je suppose, il faut qu'il soit d'accord, euh après ça peut être aussi en effet, notre structure qui ne sont pas toujours très ouverts » (1.205-207) - « il faut convaincre aussi, parce que c'est avec ce genre de chose dès que l'on va vers l'extérieur vers le patient et tout c'est avec prescription médicale, donc il faut convaincre le médecin. Il faut convaincre les partenaires avec qui on travaille, ça peut être aussi bien l'assistante sociale, les infirmières, la cadre de la structure » (1.207-210) - « dans tous les cas en pathologie mentale c'est peut être que des fois c'est un peu stigmatisé et que c'est plutôt l'environnement qui va freiner, les associations voilà » (1.219-221)
Intérêt du concept <i>Q12, 22</i>	En pratique	Pousser le patient à sortir du cadre de soins. (1.136-149)
	A mesurer	Pour voir l'évolution du patient (1.230)
Suggestions <i>Q24, 25</i>	Améliorer la mesure de la PS	- « avoir les outils, le matériel pour » (1.233) -Convaincre l'établissement de son intérêt. (1.240). « je pense qu'il faut s'appuyer sur des écrits, sur des concepts et ça ça convainc » (1.236-237)
	Faciliter le passage des concepts théoriques en pratique	« En les utilisant et en les pratiquant. » (1.244) « on est quand même dans une société où il y a beaucoup d'évaluations quand même, de comparaisons, donc après si on a des chiffres à l'appui c'est toujours bien, bien vu » (1.245-246) « des outils assez simples d'utilisation » (1.253)

Annexe 15 : Grille d'analyse P6

		Participant 6	
Données sociodémographiques	Date du diplôme	2003	
	IFE	Lyon	
<i>Questionnaire</i>	Formation diplômante		
	Formation non diplômante		
Conditions d'exercice <i>Q1</i>	Missions au sein de la structure	Evaluer, rééducation, réinsertion. SSR Court séjour	
	Public accompagné	Gériatrie	
	Intervention sur lieux de vie	Oui	
	Fréquence d'intervention sur les lieux de vie	1x/semaine	
Construction du plan d'intervention <i>Q2</i>		évaluation	
Compréhension du concept de participation sociale <i>Q3, 9, 11</i>	Compréhension du concept d'occupation		« Pas spécialement non. Activité je l'entend plus dans le sens activité de la vie quotidienne donc les activités nécessaires : toilette, habillage, repas tout ça. Occupation peut être plus dans le domaine des loisirs, ou voilà centres d'intérêts. » (1.26-28)
	Connaissance verbale du concept de participation sociale		Non (1.90)
	Définition	Engagement	
		Activité/occupation	
		Situation de vie socialement contextualisée	« Toutes les interactions que la personne va avoir avec son entourage proche et avec la société »
Définition		« Toutes les interactions que la personne va avoir avec son entourage proche et avec la société au sens large en fait. Quel rôle elle va jouer au sein de la société et quelle importance cela a pour elle » (1.92-94)	
Diffusion du concept de PS <i>Q9, 10, 13</i>	Où		
	Qui		
	Quand		
	Recherche documentaire	Où	
		Facilité	

XXX

Conscience mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 10</i>	Evaluation des occupations	« Je lui demande ce qu'elle aime faire, qu'est ce qu'elle fait régulièrement, ou si voir si elle a déjà des aides en place, aide à la toilette, pour le ménage, pour faire les courses voilà. Et en fonction j'essaie de voir du coup dans les activités déjà basales et instrumentales de la vie quotidienne ce qui du coup ce qu'elle faisait avant et ce qui va du coup être touché, voilà. » (1.51-54) « « j'essaie de savoir quels sont leurs activités antérieures de vie quotidienne avant l'hospitalisation, alors la population gériatrique n'est plus en activité professionnelle mais parfois ils ont des loisirs, des clubs, parfois ça peut être des sorties, aller promener l'animal domestique, enfin voilà... Ça peut être des loisirs ou de la couture voilà » (1.39-42) »
	Rôle social	« Alors ça peut effectivement jouer quand il y a par exemple un conjoint et que la personne aide le conjoint ou aide peut être les enfants, les petits enfants. S'il y a un entourage autre que familial » (1.57-58). « Je pose systématiquement la question, après est ce que vraiment je mesure l'impact ça va dépendre vraiment de la personne » (1.62-63)
	Facteurs objectifs	aide pour réalisation, degré de réalisation, fréquence
	Facteurs subjectifs	importance, choix
	Evaluation de la PS	« Pas systématiquement parce que je ne le connais pas, et je ne le maîtrise pas suffisamment pour l'instant effectivement » (1.76-77)
Mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>	Support utilisé	Entretien (ADL/IADL adapté)
	Choix du support	Occupations : « parce que souvent la personne évoque peut être d'autres choses, et cela laisse peut être un peu la parole plus libre et c'est moins cloisonné voilà » (1.154-155) « En entretien avec la personne je préfère que ce soit libre pour qu'elle puisse voilà avoir la possibilité de s'exprimer et ne pas être en difficulté » (1.157-159) PS : « j'avais pas de notion qu'il y avait des choses pour le quantifier, enfin on a quelques échelles mais voilà » (1.127-128)
	Outil connu	ADL IADL. Echelle de Katz BADL ? Grille Agir, Mif, BME Cite la MCRO pour évaluer la PS : mais ne la connais pas suffisamment pour l'utiliser.
	Comment évaluer la PS	« quels rôles elle va avoir, qu'est ce qu'elle avait l'habitude de faire, quelles sont voilà ses habitudes de vie et quelle importance cela a pour elle » (1.137-138)
	Occupations comprises dans la PS	« L'habillement, la toilette, la préparation des repas et puis tout ce qui va être mode de

		communication aussi avec l'utilisation du téléphone, les sorties à l'extérieur, et puis essayer d'avoir une vision de son entourage euh qui qu'elle rencontre fréquemment, et est ce qu'elle a une activité autre je sais pas bénévoles dans une association ou quelque chose comme ça qui peut être important pour elle » (1.141-145)
	Difficulté mesure de la PS	« Ça peut être par exemple les troubles cognitifs qui peuvent être une limite du coup effectivement la personne ne peut pas répondre par elle-même, donc à ce moment-là il faudrait passer par la famille, mais qui n'aura peut-être pas le même ressenti pour la personne, elle va plutôt dire non c'est important pour elle alors que c'est important eux. » (1.73-76) « Et que ce soit difficile pour elles d'évoquer, ou des fois c'est un choix et il n'y a pas de difficultés, mais voilà. Elles se rendent compte que voilà, il n'y a peut-être pas de famille autour, pas de voisins, pas de ... voilà » (1.81-83) « la contrainte de temps aussi, parce que nous on a des courts séjours qui des fois restent une semaine, donc voilà; on a très peu de temps pour évaluer suffisamment et voilà. On peut avoir un aperçu, mais on ne peut pas aller en profondeur des choses. » (1.86-87) « c'est encore une notion que je pense peut être abstraite pour les équipes qui sont beaucoup dans le technique et voilà » (1.96-97)
Intérêt du concept <i>Q12, 22</i>	En pratique	« Ah oui tout à fait. Oui oui c'est très important puisque cela fait partie de la personne dans sa globalité, et c'est un facteur effectivement important, voilà je pense pour son bien être moral aussi, voilà son estime d'elle-même, il y a pleins de choses... » (1.118-120)
	A mesurer	« je pense que c'est très important » (1.203) « Et on a je pense un peu tendance comme il faut aller vite, dès que la personne a des difficultés dans un domaine, bon ba on va mettre des aides en place » (1.208-209)
Suggestions <i>Q24, 25</i>	Améliorer la mesure de la PS	« je parlais plutôt d'un entretien libre, peut être qu'une grille serait importante. Et qu'il y ait un bilan référencé, standardisé, avec des critères importants pour la personne, ce qui permettrait je pense aux ergothérapeutes de connaître et il faudrait diffuser cette grille avec des critères de passations avec pour voilà permettre aux ergo de la connaître et de se l'approprier après par la suite. Oui, voilà je pense que cela serait important d'avoir un outil. » (1.250-254)
	Faciliter le passage des concepts théoriques en pratique	« par le biais de d'études de cas concrets pour aider les ergothérapeutes à se représenter comment ils peuvent se servir de cet outil dans leur pratique » (1.266-267) « les échanges, la discussion, de réunions entre plusieurs ergothérapeutes travaillant dans le même domaine et qui peuvent échanger » (1.271-272)

Annexe 16 : Grille d'analyse P7

		Participant 7
Données sociodémographiques	Date du diplôme	2009
	IFE	Bordeaux
<i>Questionnaire</i>	Formation diplômante	
	Formation non diplômante	
Conditions d'exercice <i>Q1</i>	Missions au sein de la structure	Evalue les répercussions de l'autonomie de l'enfant, au niveau scolaire et dans la vie quotidienne. Evaluation à domicile + rééducation des troubles neurologiques. Mises en situation dans la communauté.
	Public accompagné	Enfants principalement
	Intervention sur lieux de vie	Oui
	Fréquence d'intervention sur les lieux de vie	75% du temps est à l'extérieur du cabinet
Construction du plan d'intervention <i>Q2</i>		Bilan et entretien Len enfants c'est plus avec les parents que l'on fait le point : pour établir les objectifs
Compréhension du concept de participation sociale <i>Q3, 9, 11</i>	Compréhension du concept d'occupation	
	« je dirais que une activité ça va être plus quelque chose qu'on fait, euh qu'on peut faire seul ou chez soi. Occupation je dirais plus que c'est dirigé vers les autres. » (1.51-53)	
	Connaissance verbale du concept de participation sociale	
	Oui.)« Pareil je pense que finalement c'est un concept qui est sous-entendu parce que du coup en France il y a quand même davantage d-e services en dehors des milieux hospitaliers qui interviennent plus à domicile » (1.185-187) « Même si on ne prononce pas le mot » (1.189)	
	Définition	Engagement
	Activité/occupation	Etre en lien avec les autres par l'intermédiaire des occupations.
	Situation de vie socialement contextualisée	« juste les relations sociales » (1.204)
	Définition	« fait d'être en relation avec les autres par les activités ou les occupations voire même sans activité juste les relations sociales » (1.203-204)
Diffusion du concept de PS <i>Q9, 10, 13</i>	Où	
	« Au moment de mes études ? (rire), c'est à dire entre 2006/2009 par là » (1.180)	
	Qui	
	Quand	
Recherche documentaire	Où	2006/2009
		Ne se documente pas spécifiquement « je pense avoir bien compris le concept et le

			mettre en pratique enfin l'utiliser dans ma pratique. Euh donc j'ai d'autres choses à approfondir que la participation sociale. » (1.188-189)
		Facilité	
Conscience mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 10</i>		Evaluation des occupations	<p>« je vais lui demander ses loisirs puisque là ça va en faire partie, ses habitudes de sortie, ce qu'elle aime faire dans la journée. Quelque fois je demande plutôt quelle est ta journée type. Qu'est ce que vous faites dans la journée, comme ça cela me permet de voir assez globalement, donc elle va me sortir les activités mais aussi ses occupations. » (1.66-69)</p> <p>« Oui les loisirs, la journée type, euh... ----- les activités qu'elle a pu arrêter, qui peuvent lui tenir à cœur, qu'elle a pu arrêter pour différentes choses. Savoir aussi, le niveau d'aide qu'elle a besoin, je ne sais pas si on est en dehors de la question ou pas » (1.73-75)</p> <p>« Ba les difficultés, motrices ou cognitives, ses incapacités, son entourage euh, -----, globalement les habitudes de vie, ---- je crois que j'ai fait pas mal le tour » (1.88-89)</p>
		Rôle social	<p>« je vais pas forcément poser la question mais je vais le remarquer quand la personne va le dire parce qu'on va s'apercevoir qu'il y a des choses importantes » (1.92-93)</p> <p>« Et je ne vais pas forcément poser la question. Mais eux même vont l'aborder, donc du coup je vais repérer que c'est un point important, et peut être du coup enchaîner là-dessus. » (1.97-99)</p>
		Facteurs objectifs	Fréquence, aide, degré de réalisation
		Facteurs subjectifs	Degré de satisfaction, importance
		Evaluation de la participation sociale	« euh oui parce que pour moi ça fait partie quand même des habitudes de vie, de la connaissance des habitudes de vie et du quotidien de la personne. » (1.151-152)
Mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>	Support utilisé		Entretien, mises en situation (1.268-269)
	Choix du support		<p>« l'entretien ça va normalement vraiment être ciblé vers la personne et pour certains c'est bien de sortir des grilles aussi parce que l'on peut repérer d'autres choses et que on a moins de contraintes à ce que si l'on prend une évaluation standardisée on n'a pas toujours le matériel adéquat. » (1.250-253)</p> <p>« Et puis c'est long aussi, en libéral c'est compliqué. Donc du coup l'entretien on peut redistribuer, rechercher l'information plutôt sur quelque chose, et l'orienter plus facilement que s'en tenir vraiment à une grille » (1.263-265)</p> <p>« Parce que l'on est plus proche de l'environnement et que des fois les grilles prennent plus de temps » (1.268-269)</p>

		Utilisation d'outils : « Mais par contre c'est vrai que si c'est un gros travail, un accompagnement sur le projet de vie je trouve que ces choses là peuvent avoir plus d'importance » (1.256-257) « je trouve que c'est intéressant quand on a une grille d'entretien pour des situations complexes » (1.363)
	Outil connu	MOHOST, (mise en situation), TEM, IQC, MHAVIE
	Comment évaluer la participation sociale	« Alors, là je vais répondre un peu pareil que pour l'occupation tout à l'heure. Parce que du coup la participation sociale, pareil, les habitudes de vie, l'entourage, le niveau d'aide parce que si la personne a besoin d'un accompagnement pour sortir à l'extérieur forcément ça va avoir un impact sur la participation sociale. Euh, les capacités/incapacités, euh savoir aussi s'il y a des troubles du comportement, ça va être important. Son environnement, savoir si elle est plutôt isolée, si elle a accès aux transports, à une voiture puisque cela va être important pour qu'elle puisse se rendre à des activités. Je pense que habitudes de vie, loisirs. Je pense que j'ai fait le tour. » (1.226-232)
	Occupations évaluées	« La participation sociale aussi c'est le fait que l'on puisse quitter son domicile et sortir vers les autres, mais aussi de les recevoir chez soi, mais du coup d'être en lien avec des gens. » (1.205-207) « ça fait partie quand même des habitudes de vie, de la connaissance des habitudes de vie et du quotidien de la personne » (1.151-152) « Je pense que habitudes de vie, loisirs » (1.232)
	Difficulté mesure de la PS	-« très subjectif par rapport à ce que nous dit la personne » (1.283) -« Nous aussi nos propres représentations de ce qu'une personne adulte devrait faire à tel âge, un petit peu, même si forcément. » (1284-285). -« Ba si c'est que généralement on a peu d'infos, et du coup on doit vraiment se fier à ce qu'ils disent et que l'on peut rarement observer les choses » (1.289-290 » « Du coup, on le voit dans son environnement, mais différent. Après on a le regard de l'instit qui peut nous dire les choses, et puis les parents à la maison, là on se fie plus à leur entourage plutôt qu'à l'enfant qui va nous dire s'il a deux trois amis, mais bon, ça va être assez concis comme information, et il faut quantifier par rapport à d'autres » (1.292-295) « Ouai je pense qu'au niveau d'un enfant on a moins d'informations par lui même. Ou alors il ne va rien dire parce que en fait tout va bien de ce côté-là. Et qu'il y a peut être moins de participation sociale choisie que, parce qu'ils n'ont pas le libre choix de leurs occupations, et de leurs activités » (1296-299) « Oui. En plus les enfants seront plus dans la relation de jeu avec les autres et la relation tout court avec les autres, qu'il va peut être falloir plus évaluer, enfin pas

		évaluer, mais euh observer comment cela se passe que vraiment d'autres activités. Je pense que c'est vraiment plus au niveau de l'adolescence et de l'âge adulte que cela se voit davantage » (1.303-306)
Intérêt du concept <i>Q12, 22</i>	En pratique	« pour moi ça reste un des objectifs primordial de notre suivi, l'objectif c'est d'accompagner la personne dans son projet de vie et en général la participation sociale elle en fait partie » (1.216-218) « Donc du coup je pense que pour moi c'est primordial dans notre métier, plus que d'autres professionnels » (1.219-220)
	A mesurer	« oui forcément il faut l'évaluer c'est un concept qui est hyper important, mais après sous quelle forme ? » « Même si on a besoin chacun de niveaux de participation différentes, ou d'intégration sociales différentes, on est amené tout le temps à être en relation à part si l'on est sur une île déserte, donc il faut aider la personne à ce qui lui soit acceptable de participation et que ça soit pas qu'une contrainte, que ce soit des activités qui soient plaisantes aussi pour elle » « Et comme nous on est là pour accompagner le projet de vie pour moi c'est important. » (1.322-323)
Suggestions <i>Q24, 25</i>	Améliorer la mesure de la PS	« Sortir peut être une grille d'entretien, peut être. Peut être ouai standardisée là dessus. Ou des questionnaires plus court que ce qui peut être existant » (1.342-343)
	Faciliter le passage des concepts théoriques en pratique	« Moi je pense que c'est important de les apprendre en formation pour que ce soit des concepts qui soient clairs, qu'on ait compris l'idée essentielle, parce que après on oublie. Mais après du coup ces choses là, on les ait en tête pour pouvoir les évaluer pas forcément avec des grilles mais soit dans l'observation, soit par l'entretien. » (1.354-358) « c'est bien de prendre appui sur un modèle théorique pour ne rien oublier dans son évaluation. Mais après au fur et à mesure que l'on a l'habitude de faire des évaluations et des entretiens on se détache beaucoup plus de cette grille et de cette ligne directrice, et du coup les concepts théoriques on je pense, sont moins mis en évidence en fait » (1.364-367)

Annexe 17 : Grille d'analyse P8

		Participant 8
Données sociodémographiques	Date du diplôme	2015
	IFE	Lyon
<i>Questionnaire</i>	Formation diplômante	
	Formation non diplômante	
Conditions d'exercice <i>Q1</i>	Missions au sein de la structure	Rééducation sur MS, rééducation et réadaptation patients lombalgiques chroniques, orthèse MS, école du dos
	Public accompagné	Neuro-orthopédie adulte
	Intervention sur lieux de vie	oui
	Fréquence d'intervention sur les lieux de vie	3 visites en 7 mois
Construction du plan d'intervention <i>Q2</i>		Entretien, prescription médicale, évaluation standardisées et non standardisées
Compréhension du concept de participation sociale <i>Q3, 9, 11</i>	Compréhension du concept d'occupation	
	« si je ne me trompe pas occupation c'est vraiment le terme associé du coup à la MCRO, et normalement l'occupation c'est censé faire allusion à trois sphères : aux soins personnels, loisirs, et ça fait appel au travail, donc la productivité » (1.39-40)	
	Connaissance verbale du concept de participation sociale	
	Oui (1.168) N'en n'entend pas parler sur son lieu de travail. (1.174) « quand on est en pratique on les utilise de manière beaucoup moins, de manière indirecte, parce que en fait on les utilise sans forcément s'en rendre compte, c'est le cas ici pour le PPH. » (1.175-177)	
	Définition	Engagement
Activité/occupation		Habitudes de vie
Situation de vie socialement contextualisée		N'en parle pas quand je lui demande la def. Mais le mets très bien en lien avec le domaine social tout du long.
Définition		« La participation sociale si tu te réfères à tous les modèles conceptuels tu vas toujours avoir une définition qui va être complètement différente. Alors moi je vais te donner la définition que j'ai le plus tendance à utiliser » (1.147) « Donc la partie sociale nous on s'y réfère plus par rapport au PPH, et si je me trompe pas, ce serait la réalisation des habitudes de vie en fait » (1.150)
Diffusion du concept de PS	Où	« Oui, c'est quelque chose qu'on entend beaucoup en formation déjà » (1.168)

<p><i>Q9, 10, 13</i></p>		<p>« Alors quand on est en première année d'ergothérapie en formation on parle beaucoup des sciences de l'activité, donc on parle beaucoup de participation sociale sans définir » (1.164-165)</p> <p>« C'est quelque chose qui reste très flou, c'est quelque chose qui vient plutôt en deuxième année, ou peut être en fin de première année je ne sais plus, vraiment sur tout ce qui est modèle conceptuel » (1.165-167)</p> <p>« sur la première partie de mon mémoire j'avais fait avec la participation sociale » (1.258)</p>	
	Qui		
	Quand		S'y est intéressé pour son mémoire
	Recherche documentaire	Où	« plutôt de la littérature Française, d'accord, de la langue Française, francophone : du Canada, mais en tout cas traduit. Moins sur la littérature anglo-saxonne parce que aussi je maîtrise moins la langue anglaise » (1.236-238)
		Facilité	Oui. (1. 234) « tu vas sur n'importe quelle base de donnée soit de mémoire, soit de thèse, soit de quoi que ce soit, tu tapes participation sociale, tu as un nombre important de mémoire » (1.239-241)
<p>Conscience mesure de la participation sociale</p> <p><i>Q4, 5, 6, 7, 10</i></p>	Critère d'évaluation des occupations		<p>« Alors déjà quand on évalue les occupations du patient nous on essaie déjà de savoir quelles occupations il fait. S'il les fait ou s'il ne les fait pas. Donc il y a plusieurs occupations comme je ne sais pas, la toilette, l'habillage ainsi de suite. Donc on essaie vraiment de dissocier tout ce qui est, enfin ce que le patient est en capacité ou en incapacité de faire. Une fois que ça c'est posé, on essaie de savoir vraiment ce qui est important pour le patient dans ces activités là. » (1.63-67)</p> <p>« Mais d'une manière globale, on va vraiment axer sur toutes les difficultés des patients, voire ce qu'il est capable ou pas de faire, s'il est indépendant dans ses activités de la vie quotidienne, si il est autonome également, et ensuite on s'occupe vraiment de ce qui l'intéresse en tant que tel, donc c'est vraiment les activités significatives » (1.71-74)</p> <p>« On a une grille où on a plusieurs activités, donc c'est la toilette l'habillage, les déplacements donc conduire, les déplacements on va dire aussi à pieds et ainsi de suite. Ça va être faire les courses, les activités type ménagère, les activités sociales donc les activités professionnelles »(1.77-79)</p>
	Rôle social		<p>« Ba les rôles sociaux c'est toujours intéressant, parce que cela fait partie de la sphère. Quand on parle d'activités, de participation sociale ça fait appel et aux activités et au domaine sociale, enfin moi c'est comme ça que je le conçois. » (1.89-90)</p> <p>« moi ce que j'entends par rôle social, je ne sais pas si tu entends la même chose, c'est</p>

		tout ce qui se réfère aux loisirs, au travail et ainsi de suite. » (1.91-93)
	Facteurs objectifs	fréquence, degré de réalisation
	Facteurs subjectifs	importance
	Evaluation de la participation sociale	« Donc, si tu me demandes si j'évalue ça, forcément, parce que tout ce qui est activités il va y avoir les soins personnels et tout ça, donc on évalue forcément dans la grille. » (1.145-147)
Mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>	Support utilisé	Entretien, grille propre à l'établissement,
	Choix du support	« La MCRO moi j'aurais plus tendance à l'utiliser dans la réadaptation pour les patients qui ont vraiment des grosses difficultés, une pathologie assez prenante où on a beaucoup d'activités de vie quotidienne qui sont touchées du coup il faut essayer de mettre un degré d'importance en fait dans différentes activités car on ne peut pas aller de partout et se dissiper. » (1.315-319) « Si, je prends un exemple, si un patient dans ses habitudes de vie dans les soins personnels par exemple la toilette habillage, il a des difficultés, je vais pas forcément utiliser la MHAVIE ou la MCRO pour évaluer ça » (1.298-299)
	Outil connu	MHAVIE, MCRO : « Ca c'est pas vraiment des évaluations que l'on fait nous. » (1.295) MIF, Mises en situation
	Comment évaluer la PS	« c'est un peu quand on parle de participation sociale, c'est un peu ce que tu m'avais mis sur les étiquettes. Ca va être l'importance de l'activité pour la personne, c'est drôle parce que je parle beaucoup du PPH et finalement de temps en temps ça fait un peu appel ce que la MCRO » (1.273-275) « Quand j'évalue la participation sociale, j'évalue déjà les activités que font les personnes, qu'est ce qui est important ou significatif pour eux, et surtout l'importance qu'ils y portent. Ca c'est vraiment les critères de base puisque moi je me base là-dessus et pour faire mon plan d'intervention et du coup pour organiser ma prise en charge. » (1.279-282)
	Occupations comprises dans la PS	« Le PPH il y a 12 catégories si je ne me trompe pas qui sont vraiment divisées en deux. Si on regarde toutes les catégories il y a des choses sur lesquelles on n'accède pas forcément. Mais on y participe et par le domaine professionnel, et par les activités de la vie quotidienne et par le domaine on va dire du loisirs. Donc c'est quelque chose que l'on va évaluer. » (1.149-152)

	Difficulté mesure de la PS	<p>-« La participation sociale si tu te réfères à tous les modèles conceptuels tu vas toujours avoir une définition qui va être complètement différente »(1.140-141) « la participation sociale c'est quelque chose qui est encore difficilement on va dire définissable d'une seule manière, parce que, c'est indirect au modèle conceptuel. Donc forcément il y a différentes définitions et pour moi c'est ce que tu dis c'est vraiment le fait qu'il n'y ait pas une seule définition, qui soit claire pour tout le monde et qui permette à toutes les personnes de partir sur quelque chose de semblable et de cohérent pour tout le monde » (1.251-255) -« Rien que la subjectivité liée au thérapeute et au patient c'est déjà compliqué. C'est pour moi on va dire le point central, ou la difficulté première de l'évaluation de la participation sociale. » (1.332-334) -« Et puis après il y aussi le fait d'avoir des bilans qui sont validés, la MHAVIE, la MCRO et qui sont des bilans que tous les établissements ne possèdent pas. » (1.334-335)</p> <p>-Complicé d'avoir une définition propre à la participation sociale car c'est indirect au modèle conceptuel. « le fait qu'il n'y ait pas une seule définition qui soit claire pour tout le monde et qui permette à toutes les personnes de partir sur quelque chose de semblable et de cohérent » -Complicé de faire le lien entre toutes les définitions et d'avoir un repère fixe -Quand on en discute entre collègues c'est toujours compliqué de définir la PS car chacun à sa propre définition, chacun le voit à sa manière -Subjectivité = obstacle pour mesurer la PS r/r au patient et aussi au thérapeute. Tenir compte de ce qu'aime le patient, de ce qui est important pour lui VS la sécurité que l'on est obligé de travailler. = difficulté première de l'éval de la PS. -Tous les établissements ne possèdent pas les bilans, pas forcément les outils pour l'évaluer. -Orienté par les médecins au niveau de certains bilans car c'est des bilans qu'ils connaissent plus</p>
Intérêt du concept <i>Q12, 22</i>	En pratique	<p>« c'est juste l'intérêt de l'ergothérapie pour moi » (1.213) « Maintenant, la participation sociale ça couvre vraiment les occupations et le domaine social, donc c'est vraiment l'entité même des patients » (1.217-218) « Donc l'importance elle est juste centrale par rapport à l'ergothérapie » (1.220)</p>
	A mesurer	<p>« C'est comme pour la question de l'importance. » (1.343) « Mais c'est là l'enjeu du coup de la participation sociale, si j'évalue mon patient, si je veux mener à terme une prise en charge correcte et cohérente avec ses projets, la participation sociale à tout son intérêt au sein de la prise en charge » (1.350-352)</p>

Suggestions <i>Q24, 25</i>	Améliorer la mesure de la PS	« Déjà, il faudrait simplifier la définition, la rendre plus accessible à tout le monde, et du coup aux étudiantes en formation, et aux professionnels qui sont déjà en exercice » (1.355-356) « Ensuite il y a l'accessibilité des moyens d'évaluation par rapport à la participation sociale » (1.359-360) « C'est quelque chose qui est assez compliqué, quand on voit le prix des bilans, tous les centres ne l'ont pas, il faut souvent pouvoir négocier, justifier l'achat et c'est là où c'est compliqué. » (1.363-365)
	Faciliter le passage des concepts théoriques en pratique	« je pense que ça passe forcément par des études de cas » (1.376) « Pour moi ça serait donc déjà la mise en pratique théorique par les études de cas et ensuite par la mise en pratique, des formations, des conférences, des choses comme ça. » (387-389) « Donc je pense qu'il y a aussi une grande amélioration à faire sur l'information des différentes formations et conférences ou mise en pratique des différents modèles pour justement promouvoir et les modèles, et la mise en pratique, et donc du coup forcément la participation sociale » (1.391-394)

Annexe 18 : Grille d'analyse P9

		Participant 9
Données sociodémographiques	Date du diplôme	2015
	IFE	Lyon
<i>Questionnaire</i>	Formation diplômante	
	Formation non diplômante	
Conditions d'exercice <i>Q1</i>	Missions au sein de la structure	Positionnement, rééducation des membres supérieurs, conseil économie rachidienne, prothèse de hanche, conseil aménagement du domicile.
	Public accompagné	Gériatrie
	Intervention sur lieux de vie	Non
	Fréquence d'intervention sur les lieux de vie	/
Construction du plan d'intervention <i>Q2</i>		Evaluation, prescription, dossier médical

Compréhension du concept de participation sociale <i>Q3, 9, 11</i>	Compréhension du concept d'occupation		« Euh, non pour moi c'est un peu la même chose » (1.55)
	Connaissance verbale du concept de participation sociale		« Oui, après est ce que j'avais la bonne définition, je ne sais pas » (1.123) « Non pas en ces termes » (1.132) « Vie sociale, pas forcément la participation, mais plus vie sociale » (1.134)
	Définition	Engagement	« s'engager »
		Activité/occupation	« Activité sociale »
		Situation de vie socialement contextualisée	« s'engager dans une activité avec d'autres personnes »
Définition		« c'est le fait de pouvoir s'engager dans une activité sociale, c'est à dire avec d'autres personnes » (1.137-138)	
Diffusion du concept de PS <i>Q9, 10, 13</i>	Où		« ba forcément pendant mes études. » (1.125) « ba moi ça me fait aussi penser au Canada, quand j'étais en psychiatrie avec des enfants et du coup l'ergo elle s'intéressait quand même parce que forcément les enfants avec l'école et tout ça la participation sociale c'est important » (1.125-127) « puis sinon ça me fait penser aux modèles conceptuels un petit peu, parce que c'est juste des mots qui sont posés sur les choses » (1.128-129)
	Qui		
	Quand		
	Recherche documentaire	Où	non
		Facilité	
Conscience mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 10</i>	Critère d'évaluation des occupations		« Euh surtout je commence déjà surtout par les occupations de soins personnels : tout ce qui est toilette/habillage/repas. Tout ce qui est soin primaire. Et quand par exemple ils me disent qu'ils ne le font pas tout seul, je leur demande si ça les gêne, ou si ça leur va que quelqu'un le fasse pour eux ou que voilà qu'il y ait une personne qui vienne chez eux etc. Après quand c'est plutôt loisirs, ba ouai je leur demande ce qu'ils aiment faire, et si ils y arrivent encore. Est ce qu'ils trouvent qu'ils se mettent en danger pendant leurs activités parce qu'en fait je fais beaucoup de prévention des chutes. » (1.69-74) « Euh j'ai juste je me suis fait une fiche bilan entre guillemets, mais c'est vraiment très succinct en fait. Je mets activités basales, toilettes/habillage, transport, déplacement, transfert, élimination, loisirs... voilà. » (1.78-80) « Ba du coup je cherche en lien, comment est son environnement, comment il doit faire pour faire son activité. Comment il fait, que ce soit l'environnement social ou physique parce que des fois il y a un mari, des enfants etc... Qu'est ce qui est important pour eux, enfin dans les loisirs, ce qui serait le plus important pour eux »

		(1.83-86)
	<i>Rôle social</i>	« Euh oui. Parce que souvent ils sont des associations, ou alors ils ont un club de voisin. Donc rien que le fait de ne plus pouvoir se déplacer au club et ben pour certains c'est la catastrophe. » (1.90-91)
	<i>Facteur objectif</i>	Fréquence, aide, degré de réalisation
	<i>Facteur subjectif</i>	Satisfaction, importance
	<i>Evaluation de la participation sociale</i>	« euh non. Non non ce n'est pas une priorité du coup, pas directement comme ça. Peut être que je vais y venir, mais ça ne va pas être un objectif de l'évaluer » (1.109-110)
Mesure de la participation sociale <i>Q4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>	Support utilisé	Entretien
	Choix du support	« j'ai très peu d'instruments de mesure pour l'évaluation » (1.177) « parce que je ne vois pas quoi utiliser d'autre » (1.182) « Je ne vois pas forcément d'instruments de mesure, enfin par questionnaire, mais je n'en n'ai pas pas trouvé, ou je n'ai pas cherché. Et puis avec la personne âgée je trouve que cela est important d'entrer dans la discussion autre que juste lui faire dire oui/non, et dans un questionnaire je trouve que c'est plus important le côté relationnel car ils ont vite fait de se braquer un peu face à la blouse blanche et que c'est la quinzième personne à entrer dans leur chambre » (1.183-188) « Donc entretien, en tout cas je pense que c'est l'outil qui me correspond le mieux. » (1.194)
	Outil connu	
	Comment évaluer la PS	« par quelles activités ils vont avoir cette participation sociale, quelles activités ils vont avoir pour entrer en contact avec les gens. Euh, à quelle fréquence ils les font. Est ce qu'ils sont satisfaits, et ce qu'ils ont des difficultés, est ce qu'il y a besoin de quelque chose pour qu'ils y arrivent mieux, euh... Oui c'est ça. Quelle activité, quelle fréquence, est ce qu'il y arrive bien, est ce qu'ils ont besoin d'aide, et est ce qu'ils sont satisfaits. » (1.169-173)
	Occupations comprises dans la PS	« si je recoupe par le biais des loisirs j'y viens, donc là je m'intéresse quand même à la participation » (1.112-113) « Ca va être si la personne montre quelle a une vie sociale ou une participation sociale » (1.114-115)
Difficulté mesure de la PS	« la priorité par rapport au temps que j'ai par patients. En fait j'ai 70 patients, il faut que, j'ai une prescription pour tous, donc je ne peux pas prendre le temps pour tous	

		d'aller chercher jusqu'à la participation sociale. » (1.204-206) « après pour certains patients qui ne vont pas comprendre pourquoi je pose toutes ces questions » (1.206) « après certaines pathologies de patients, il y en a certains pour qui je n'irais pas chercher très loin quand il y a des troubles cognitifs ou des démences » (1.207-208)
Intérêt du concept <i>Q12, 22</i>	En pratique	« oui. Surtout en gériatrie, parce que l'on se rend compte qu'il y a beaucoup de personnes isolées, donc le fait de trouver une activité qui va les rattacher un peu à la vie sociale c'est important » (1.149-150) « Il y en a tellement de patients qui perdent leur vie sociale, leur participation sociale parce que soit un conjoint décède, soit il y a des troubles, ils ne sortent plus etc.. Je pense que ça serait à développer oui » (1.163-165)
	A mesurer	« Oui je pense que c'est important. « (1. 220) « peut être un peu plus un poids auprès des médecins. Pour leur montrer l'importance justement de cette participation sociale, pour que les patients restent plus longtemps en rééducation justement » (1.222) « mais en tout cas ce n'est pas leur priorité ça c'est sûr. Leur priorité c'est juste qu'ils puissent rentrer chez eux en marchant à peu près bien, qu'on mette les aides qui correspondent à leur niveau de dépendance, mais la vie sociale je ne suis pas convaincue, à moins que les enfants » (1.230-233)
Suggestions <i>Q24, 25</i>	Améliorer la mesure de la PS	« ce qui marche bien avec les cadres de santé c'est tout ce que l'HAS mets en place, ou les ARS etc.. Donc passer par les institutions comme ça au niveau national ou au niveau régional et que cela passe par les cadres de santé, parce que si cela passe directement juste par l'ergo c'est difficile de défendre son bout de steak quand ça n'a pas d'importance pour le reste de l'équipe. » (1.247-250) « Donc je pense que ce qui pourrait aider c'est que le plus de professionnels que les ergothérapeutes soient sensibiliser à cette participation sociale et pas que les cadres. » (1.251-252)
	Faciliter le passage des concepts théoriques en pratique	« je ne sais pas comment cela pourrait être mieux fait. Je sais que moi j'ai beaucoup de mal. » (1.256) « Pour moi la théorie en ce moment à laquelle je me réfère c'est plutôt l'anatomie et du coup tout ce qui est concept plutôt théorique sur la pratique je ne sais pas » (1.257-258) « Peut être prendre le temps plus en stage. Et je ne suis même pas convaincue que cela soit facile, parce que les maîtres de stage ne sont pas forcément sensibilisés non plus. » (1.257-260) « Mais en fait en début de la pratique c'est compliqué de, peut être que plus tard j'y arriverais un peu plus de baser ma pratique sur la théorie » (1.260)

XLV

FEBVRE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 19 : Retranscription P1

- 1 **C : Est-ce que tu pourrais pour commencer me décrire quelles sont les missions que tu as au sein de**
2 **l'hôpital en tant qu'ergothérapeute ? --- c'est-à-dire qu'est-ce que tu es amenée à faire sur ton poste.**
- 3 P1 : Ah ba l'accompagnement de personnes en situation de handicap, sur prescription médicale,
4 principalement en hôpital de jour, euh---, il faut que je détaille après ?
- 5 **C : Au niveau du public que tu es amenée à rencontrer ?**
- 6 P1 : Neurologie adulte, donc soit des gens qui ont subi un traumatisme crânien, qui ont eu des accidents
7 vasculaires cérébraux, des lésions médullaires, sclérose en plaques, euh, ensuite, euh de quelques maladies
8 oncologiques euh, en gros au niveau des pathologies c'est ça. Après c'est des gens que je vois entre 2 et 3
9 fois par semaine euh--- avec des objectifs qui sont à ce stade-là plus de la réadaptation que de la
10 rééducation.
- 11 **C : Et est-ce que du coup tu vas être amenée à te déplacer sur les lieux de vie des patients ?**
- 12 P1 : Bien sûr
- 13 **C : Est-ce que tu fais ça de façon fréquente, c'est-à-dire une fois par semaine, une fois par mois,**
14 **comment est-ce que tu pourrais quantifier à peu près ?**
- 15 P1 : Alors dans la réalité, bien moins que ce que je voudrais. Qu'est-ce que cela fait dans la réalité--- je ne
16 suis même pas sûre que cela fasse une fois par mois.
- 17 **C : Et du coup quand tu te déplaces sur les lieux de vie c'est plutôt, au domicile des patients ou est-ce**
18 **que cela t'arrives de...**
- 19 P1 : Les deux, alors ça c'est à peu près, peut être un petit peu plus sur des environnements style
20 supermarché, centre-ville euuh que à domicile. Mais cela ne doit pas être beaucoup plus l'un que l'autre.
- 21 **C : D'accord sur des lieux de travail ça t'es déjà arrivé ?**
- 22 P1 : Beaucoup plus rarement, ça m'est arrivé, mais c'est anecdotique.
- 23 **C : Et du coup, comment est-ce que tu vas établir ton plan d'intervention auprès des patients, sur**
24 **quoi tu vas te baser pour travailler les objectifs que tu as défini ?**
- 25 P1 : Une fois que j'ai fait euh non de manière générale ?
- 26 **C : oui**
- 27 P1 : euh---
- 28 **C : En gros comment tu vas établir tes objectifs avec les patients ?**
- 29 P1 : Alors, si je décris mon activité aujourd'hui c'est des gens, il y a deux catégories de personnes. Il y a des
30 personnes qui viennent d'autres services, d'autres unités, donc pour lesquelles il y a eu une synthèse juste
31 avant avec déjà des objectifs fixés auquel cas je rebondis là-dessus. J'étoffe ces objectifs là avec un
32 entretien sur la ou les deux premières séances où je vois la personne, histoire de recueillir ses objectifs à elle
33 pour essayer de les coupler avec les autres, et souvent je pars comme ça pour ces personnes-là. Et les
34 personnes que je ne connaissais pas d'avant, qui n'ont pas été suivies auparavant, je me laisse 2-3 séances
35 pour un entretien où je questionne beaucoup sur les questions de handicap dans la vie de tous les jours,
36 quelques évaluations soit sensitivomotrices soit cognitives. Voilà en général en 2-3 séances après je propose
37 mes objectifs à la personne, et une fois qu'on est tous d'accord on y va.
- 38 **C : Voilà c'est ça, donc du coup je vais rebondir un peu là-dessus, tu parles de l'évaluation finalement**
39 **pour établir tes objectifs et moi je m'intéresse plus à l'évaluation des occupations. Est-ce qu'avant**
40 **qu'on parle plus de ça, tu fais la différence entre ce qu'on appelle « activité » et ce qu'on appelle**
41 **« occupations » ?**
- 42 P1 : *Souffle.* J'aurais tendance à te répondre non. Mais peut être que dans la pratique je fais la différence,
43 peut être que c'est une histoire de mots ?
- 44 **C : En gros, l'occupation si tu veux ça va être un ensemble d'activités qui ont une valeur pour**
45 **l'individu et aussi socioculturelle, pour la société. Et en fait, l'activité au sein de l'occupation ne**
46 **correspond que au faire de l'occupation.**
- 47 P1 : D'accord, ah oui, donc je m'intéresse plus à l'occupation.
- 48 **C : Et du coup quand tu vas évaluer les occupations des patients qu'est-ce que tu cherches à savoir ?**

49 P1 : Je cherche à savoir, euh----- alors on est bien d'accord que je suis sur de l'hôpital de jour ça veut dire
50 qu'il y a déjà un gros travail de fait, sinon cela n'a pas de sens. Je cherche à savoir quelles sont les priorités
51 de la personne dans ses occupations justement. Parce que c'est des gens qui ont déjà un pied chez eux, qui
52 ont déjà été confrontés à des pertes de rôles ou des choses qui, pour lesquels ils n'ont pas réinvestis
53 totalement leur place, leur rôle. Et de ce fait là, je pars plus souvent des demandes de la personne qui parle
54 d'emblée de ses occupations plutôt que les activités, en général les personnes sont dans les occupations.
55 Donc vu que je pars de ce qu'elle demande euh je ne sais plus qu'elle était la question ?
56 **C : Qu'est-ce que tu cherches à savoir ?**
57 P1 : Voilà, donc ce que je cherche à savoir c'est où la personne veut aller. Ce qu'elle veut travailler, ce
58 qu'elle veut récupérer, ce qu'elle veut pouvoir de nouveau assumer, faire voilà. Je pars de ça. Donc voilà.
59 Donc c'est sûr c'est beaucoup. Mais mes objectifs je les établis on va dire à 90% sur l'entretien que j'ai
60 avec le patient.
61 **C : Et du coup est ce qu'il y a des occupations auxquelles tu vas plus te référer ou pas ?**
62 P1 : ----
63 **C : par exemple, je ne sais pas classiquement la toilette/habillage, ou, non c'est vraiment en fonction**
64 **de ce que te dis le patient ?**
65 P1 : Oui
66 **C : Et du coup est ce que tu vas chercher à savoir on va dire par exemple le degré de réalisation de**
67 **l'activité ou ce genre de chose ? Est-ce qu'il y a des critères vraiment ?**
68 P1 : Alors ce n'est pas formulé comme ça, mais vu que je demande un petit peu comment ça se passe,
69 comment ça se passe par rapport à avant, le type d'aide dont vous avez besoin, donc voilà je chercher à
70 quantifier ce qui n'est plus faisable, qualifier ce qui manque. Voilà ces questions-là.
71 **C : Est-ce que tu aurais des exemples de questions que tu peux poser ?**
72 P1 : Ba si je prends les courses, par exemple la personne elle me dit voilà je ne les fais plus toute seule. Je
73 vais lui demander pourquoi elle ne les fait plus toute seule, qu'est-ce que fait la personne que vous ne
74 pouvez pas faire ? ah ba si comme je tiens le cadî et que j'ai peur de pas avoir assez d'équilibre, comme ça
75 c'est bien, moi je tiens le cadî et la personne tiens les articles. Du coup je lui demande c'est quoi qui
76 manque et je cherche à savoir ce qui fait que la personne ne veut pas lâcher son cadî : si c'est un problème
77 d'équilibre, si c'est vraiment un problème d'équilibre ou si c'est vraiment une appréhension. Ça peut être ça
78 pour savoir quel axe après je vais soutenir, travailler avec la personne. Est-ce que cela répond à ta
79 question ?
80 **C : Oui, cela répond à ma question. Tout à l'heure tu as évoqué finalement les rôles sociaux de la**
81 **personne est ce que c'est quelque chose à laquelle tu es attentive, que tu vas essayer systématiquement**
82 **de percevoir ou pas ?**
83 P1 : Oui systématiquement oui. Et à travers la trame que j'utilise pour ces fameux entretiens qui s'appuient
84 sur le PPH forcément je vais aller chercher ça quelque part. Par les rôles vis-à-vis du conjoint, de la
85 conjointe, des enfants, du travail, des loisirs, associatifs, communautaires. C'est toujours quelque chose que
86 je demande.
87 **C : Et du coup je vais te donner 6 notions, et j'aimerais savoir celles que tu vas systématiquement**
88 **chercher quand tu vas évaluer les occupations de tes patients ?**
89 P1 : Une ou plusieurs ?
90 **C : Tu peux prendre tout ce que tu veux, c'est juste par contre, ce que toi tu fais systématiquement.**
91 P1 : Ce que je cherche à savoir ?
92 **C : Oui c'est ça.**
93 P1 : Le degré de satisfaction, c'est évident, le degré de réalisation aussi oui, car je veux savoir en quoi la
94 personne est en situation de handicap dans cette réalisation-là, quelle aide elle a besoin bien sûr et
95 l'importance aussi oui. Voilà.
96 **C : Ok, on part là-dessus ? pas de regrets ?**
97 P1 : Non, il faut choisir
98 **C : Donc du coup, le concept de participation sociale c'est quelque chose qui on va dire est assez**
99 **émergent en France est ce que c'est quelque chose que toi tu vas mesurer quand tu fais ton**
100 **évaluation ?**
101 P1 : Alors je n'ai pas d'outil spécifique pour ça, non, non.

102 **C : Ok, est ce que tu as d'autres éléments à me communiquer qui me permettrait de comprendre un**
103 **peu mieux comment tu évalues les occupations de tes patients ou pas ?**
104 P1 : Euh---- Non, entre l'entretien basé sur le PPH, la mise en situation complémentaire et puis est ce que
105 c'est tout, oui.
106 **C : Ok. Est-ce que le concept de participation sociale c'est quelque chose que tu avais déjà entendu**
107 **parlé avant que je vienne faire mon entretien ?**
108 P1 : Oui
109 **C : Est-ce que tu te souviendrais, bon là ça peut être un peu compliqué, mais du contexte dans lequel**
110 **tu en as entendu parlé la première fois ? déjà quand ? Est-ce que c'était par exemple il y a moins d'un**
111 **an, il y a 10 ans ?**
112 P1 : Je dirais quand on a travaillé sur l'analyse de la pratique, ça fait plus de 10 ans je pense et c'était des
113 références Fougeyrollas, ah c'est vieux ---- euh je n'ai plus les noms en tête, quand on étudiait les concepts
114 justement. Parce que moi je n'ai pas été formée comme ça, il a fallu que je bifurque vers ça et on avait donc
115 ouai quand on parlait de la différence entre l'activité, l'autonomie, l'indépendance toutes ces notions-là, j'ai
116 des noms qui arrivent là -----
117 **C : Et donc c'était quoi c'était pendant des sessions de travail au sein de l'hôpital ou c'est toi qui t'es**
118 **formée par ailleurs ...**
119 P1 : C'était une formation on va dire le point d'entrée ça a été une formation de l'analyse de pratique sur
120 l'hôpital.
121 **C : D'accord ok, donc c'était...**
122 P1 : C'était avec des intervenants extérieurs qui venaient présenter des concepts, et à nous après et après
123 nous on initiait un travail dans l'équipe pour s'approprier tout ça.
124 **C : Et du coup c'était des ergothérapeutes qui vous faisaient la formation tu te souviens ?**
125 P1 : euh principalement je dirais oui.
126 **C : ok, et du coup si tu avais avec tes propres mots une définition de la participation sociale à me**
127 **donner, qu'est-ce que tu pourrais m'en dire ?**
128 P1 : euh ---- alalala c'est dur ça en début d'après-midi, je dirais que c'est la, la euh – je trouve pas le mot de
129 début, la façon qu'aura une personne de réaliser--- des----- c'est dur ça ---- en tout cas de réaliser de
130 mettre en place de ----- des actions, des --- ou avoir une action sur son environnement humain et matériel
131 de manière à ---- ah c'est trop dur j'ai tout qui vient en même temps
132 **C : Ba ou ce que tu peux m'en dire, sans me donner de définition sinon**
133 P1 : ouai ouai, participation sociale euh il y a une idée de rôle social, donc de participation à des choses qui
134 vont avoir un impact sur les autres sur la société, sur le fonctionnement de la personne par rapport à sa
135 famille, par rapport à ses amis, son travail ça touche à tout ça. Et la participation c'est la manière que cette
136 personne va avoir d'intervenir sur tout ça ou dans tous ces domaines-là, euh avec ce qu'elle est, dans
137 l'environnement où elle est.
138 **C : Ba tu y es, bon alors je vais te donner celle que j'utilise pour mon mémoire comme ça tu l'auras**
139 **quand même**
140 P1 : Ah c'est gentil
141 **C : On dit que c'est l'engagement par l'activité dans une situation de vie socialement contextualisée.**
142 P1 : ah c'est mieux dit hein ?
143 **C : Ouai, enfin c'est littéraire. En gros c'est comment est-ce que la personne est impliquée au sein de**
144 **la société, et donc tu as raison finalement cette implication elle va se faire par les occupations et les**
145 **rôles sociaux, c'est ce qui permettra du coup d'agir dans la société, voilà**
146 P1 : Ok
147 **C : Est-ce que tu veux que je te redétaille un peu ça ou pour toi c'est clair ?**
148 P1 : Non non c'est bon.
149 **C : Et du coup, selon toi quel intérêt ce concept peut avoir pour nous dans notre pratique en tant**
150 **qu'ergo ? Est-ce que cela a un intérêt d'utiliser ce concept là en ergothérapie, si oui lequel ?**
151 P1 : Ah ba la participation sociale telle qu'on vient de la définir c'est quand même le noyau de la vie d'une
152 personne, c'est euh, c'est presque le noyau dur de --- son existence enfin de sa manière d'exister. Donc si
153 bien sûr que ça a une importance, dans le sens que si on passe à côté de ça, si on ne regarde pas la manière
154 de vivre de quelqu'un au travers de ça, on va rester soit dans du fractionné c'est-à-dire je plie, je tends un

155 bras et ça me permet de manger, soit soit on va rentrer dans des stéréotypes, la femme au foyer, les enfants,
156 le travail voilà. Ce concept-là permet de mesurer comment la personne est à l'aise dans tout ça, comment
157 elle peut soit être engagée c'est-à-dire satisfaite ou pas d'ailleurs, mais en tout cas engagée dans un
158 fonctionnement qui, dans une activité qui fonctionne soit ça y es j'ai perdu le fil -----oui ça permet de
159 mesurer satisfait ou pas comment la personne peut ou pas faire ces choses-là. Et vu que nous en tant
160 qu'ergothérapeute à mon sens notre activité est d'accompagner les gens pour qu'ils réalisent au mieux ces
161 activités, si on se passe de ce concept là on est soit kiné, je suis méchante, soit euh anthropologue pour
162 mesurer voilà les choses, mais pas ergo quoi.

163 **C : Donc pour toi du coup ça serait un peu le cœur de notre métier au final ?**

164 P1 : Voilà.

165 **C : Ok. Est-ce que tu as déjà cherché à te documenter spécifiquement sur ce sujet ?**

166 P1 : Chercher intentionnellement non. Après c'est sûr qu'il y a des lectures qui passent mais non je n'ai pas
167 recherché particulièrement.

168 **C : Tu n'as pas recherché particulièrement car pour toi c'était quelque chose qui était assez clair et
169 qui n'avait pas besoin**

170 P1 : Je pense, à tort ou à raison, mais je pense que oui.

171 **C : Est-ce que tu aurais d'autres éléments qui me permettraient de comprendre comment tu vois ce
172 concept là avant qu'on passe à la partie suivante ?**

173 P1 : Non, je ne vois pas

174 **C : Dans ce cas on passe à la dernière partie, et donc du coup ça va être plus sur la mesure
175 maintenant de la participation sociale. Tu m'as dit tout à l'heure que tu ne mesurais pas la
176 participation sociale, mais si jamais tu avais à la mesurer qu'est-ce que tu chercherais à collecter
177 comme données ?**

178 P1 : Bah le degré de réalisation, le degré de satisfaction, euh le choix des activités importantes, enfin des
179 occupations importantes, comment elles sont faites, et puis si cela est satisfaisant. Enfin une MHAVIE quoi
180 en gros, je suis en train de me dire que ça doit être à peu près ça. Et les aides en plus comme dans la
181 MHAVIE. Alors ceci dit je ne l'utilise quasiment jamais la MHAVIE.

182 **C : D'accord et est ce qu'il y a une raison qui fait que tu l'utilises pratiquement jamais ?**

183 P1 : --- Je pense que je l'ai beaucoup utilisé et qu'elle est un peu lourde à utiliser parce qu'elle a beaucoup
184 d'items et de questions et qu'avec l'habitude et l'expérience, donc ça c'est le côté positif et le côté négatif
185 c'est plus le côté routine. J'enveloppe ces questions-là sur ma grille PPH de situation de handicap. Je dis
186 que c'est un peu négatif dans le sens où j'oublie peut-être de poser des questions parce quand on enveloppe
187 trop les choses et qu'on a trop l'habitude de le faire à mon avis on est moins précis dans ce que l'on
188 cherche.

189 **C : Et est-ce que tu connaîtrais d'autres outils qui permettent de mesurer la participation sociale,
190 hormis la MHAVIE ?**

191 P1 : Alors hormis la MHAVIE, euh alors moi les sigles euh.. Comme je ne les utilise pas je pense que j'en
192 connais d'autres parce qu'il y en a qui sont utilisés notamment par les ergos de la MDPH non ?

193 **C : oui le GEVA**

194 P1 : Voilà, peut-être, enfin c'est tous ces signes là que je ne sais jamais. Euh il y en a d'autres mais c'était la
195 mesure de l'indépendance, non je n'en n'ai pas d'autres qui me viennent comme ça.

196 **C : D'accord. Et donc finalement si tu cherches à mesurer la participation sociale tu vas le faire par
197 l'intermédiaire de ton entretien ?**

198 P1 : Beaucoup oui. Peut-être aussi là plus récemment j'utilise en complément dans mes évaluations un
199 questionnaire relatif à la qualité de vie. Et ça m'aide aussi peut être à voir par ce biais-là la participation
200 sociale, je fais ce lien juste maintenant là.

201 **C : Oui, qu'est ce qui te fais penser qu'il peut y avoir un lien ?**

202 P1 : Ba parce que par exemple dans la CIF 65 que j'utilise où c'est bien des catégories qui relèvent de la
203 relation à autrui de, alors c'est pas les activités comme on les connaît j'ai oublié les titres là mais en fait
204 quand je l'analyse ça me répond à certaines de mes questions sur par exemple le travail, ou la relation avec
205 la famille et les amis, ça me donne des éléments sur comment les choses sont vécues.

206 **C : D'accord, donc finalement ça serait un peu la combinaison de tous**

207 P1 : Oui voilà c'est complémentaire...

208 **C : qui te permettrait, enfin au final tu l'évalues quand même la participation sociale**
209 P1 : Et ben du coup oui je vois ça

210 **C : Pour toi, est ce qu'il y aurait des obstacles, des difficultés qui feraient que pour nous en tant**
211 **qu'ergothérapeute c'est difficile d'évaluer cette participation sociale ?**
212 P1 : ----- A part le temps ? et bien ça prend du temps à étudier ça, et bien souvent ce qui est frustrant ici là
213 c'est que l'on a sur certains bilans, évaluations, le temps est trop court et on n'a pas le temps de creuser ça,
214 et on sent bien que c'est le nerf de la guerre, donc ça c'est le premier obstacle que je vois. Après, et puis que
215 pour que les gens parlent de ce qui est important pour eux il ne faut pas qu'ils nous aient vu que depuis 5
216 min, donc voilà en quoi le temps est important. Euh et puis sinon non je ne vois pas comme ça.

217 **C : Parce que par exemple disons qu'il y a un médecin qui débarque comme ça dans le service et qui**
218 **te dit bon il faut que vous mesuriez la participation sociale de tel patient, qu'est ce qui pour toi**
219 **pourrait être difficile à ce moment-là ? enfin s'il y a quelque chose d'ailleurs de difficile.**
220 P1 : Ba encore une fois ça dépend, le médecin il me donne 5 min ou une semaine tu vois ?

221 **C : On va dire sur la séance**
222 P1 : Ba à mon avis voilà, ce qui va être difficile c'est qu'on ne peut pas tout voir en une séance, il y a des
223 choses qu'il va falloir voir de visu, il y a des choses qu'il va falloir euh ----- amener la personne à
224 s'interroger, peut-être qu'elle va répondre spontanément à une question alors que c'est pas vrai parce
225 qu'elle n'aura pas pris conscience qu'elle est en difficulté là ou que au contraire, donc ça ne me paraît pas
226 possible que ce soit fait en une séance.

227 **C : Est-ce que tu vois d'autres obstacles ?**
228 P1 : Non, comme ça non.

229 **C : Et quel va être l'intérêt pour toi de mesurer la participation sociale ?**
230 P1 : Moi pour moi, le seul intérêt c'est déjà de faire un retour à la personne, de lui donner un repère sur où
231 elle en est, ça peut être un indicateur et la deuxième chose c'est de pouvoir comparer dans le temps. Moi je
232 fais beaucoup de bilans, c'est-à-dire que je peux avoir mesuré un peu les choses ou au moins sans dire
233 mesurer, car je n'ai pas la sensation de mesurer mais d'avoir évalué un certain nombre de points si moi plus
234 tard je peux revenir sur ces points-là, j'ai une comparaison sur la façon dont la personne se voyait et
235 comment moi aussi je le voyais à l'époque.

236 **C : D'accord, ok.**
237 P1 : Oui voilà comparaison, et puis donner un repère aussi à la personne.

238 **C : Est-ce que tu aurais d'autres éléments que tu pourrais me donner qui me permettrait de**
239 **comprendre comment tu mesures la participation sociale ?**
240 P1 : Toujours pas.

241 **C : Et pour finir, selon toi qu'est-ce que l'on pourrait faire, ou envisager de faire pour que la mesure**
242 **de la participation sociale se développe ?**
243 P1 : Déjà que ce soit, que les médecins soient mieux informés que cela fait partie de notre cœur de métier,
244 ce qui fait que ça leur permettrait de s'interroger, nous interroger sur ce sujet-là, plutôt que de nous
245 demander un Jamar ou une MIF, il y en a encore qui n'ont pas compris. Donc voilà ce qui permettrait
246 d'améliorer l'information aux médecins. Euh peut être une formalisation, pfou encore que les outils ça
247 existe, j'allais dire dans le dossier, mais on va vers du dossier informatisé, donc peut être une trame qui
248 s'appellerait comme ça, enfin que ce soit identifié de cette façon-là. Mais ça existe aussi parce que la
249 MHAVIE, non la MHAVIE ne s'appelle pas comme ça, c'est la mesure des habitudes de vie. Euh ouai donc
250 plus identifier en tant que tel, et ----- après au niveau de la formation dans les écoles, je pense que c'est
251 quelque chose qui est abordé, identifié, non pas tout à fait encore ?

252 **C : Oui peu encore**
253 P1 : Plus formaliser à ce moment-là, aller dans les instituts de formation, voilà.

254 **C : Et qu'est-ce que tu suggèrerais pour favoriser le passage des concepts théoriques comme la**
255 **participation sociale dans la pratique ? Parce que finalement, moi quand j'explique un peu mon sujet**
256 **tous les gens me disent oulala c'est quoi ton truc, mais au final on se rend compte que les gens le**
257 **mesurent quand même, l'utilisent ce concept. Et selon toi comment on pourrait favoriser ce passage**
258 **de la théorie à la pratique ? Pas forcément que sur ce concept-là.**
259 P1 : Bah j'allais dire c'est comme pour tous les concepts, tous les apprentissages, ça part de la formation,
260 donc au départ on est sur des choses abstraites parce qu'il faut qu'on s'appuie sur des concepts pour

L

261 pratiquer et à part faire le lien. Enfin si je m'appuie sur comment il a fallu que je fasse ce travail là parce
 262 que moi j'ai vraiment été formée à l'ancienne on ne parlait pas de concepts, et du coup je les ai tous avalé
 263 d'un coup. Au début cela m'a paru presque superflu au départ,
 264 **C : Tu ne voyais pas à quoi cela te servait ?**
 265 P1 : Ouai voilà, et ce qui a permis que je les intègre et que j'en vois l'intérêt c'est, ça a été d'utiliser des
 266 outils voilà. Ça a été vraiment d'utiliser des outils alors d'une manière un peu fastidieuse au départ et puis
 267 finalement ça prend du sens avec la pratique. Donc je ne parle que de mon expérience mais c'est vraiment
 268 ça qui a permis que les deux, de passer de l'un à l'autre et aujourd'hui c'est vraiment intégré quoi. C'est
 269 bien s'approprier l'outil, je pense qu'il faut un outil. S'approprier, pratiquer et puis après ça prend son sens
 270 dans la pratique.
 271 **C : Et s'approprier l'outil t'entend quoi par ça ?**
 272 P1 : Un concept, par exemple là cette mesure on imagine c'est une grille, ben un outil d'évaluation qui peut
 273 au départ paraître fastidieux, on va s'astreindre à l'utiliser dans sa forme euh précise et détaillée. Et euh
 274 petit à petit les questions prennent du sens et le contenu, et la réponse à la question devient utile pour la
 275 personne qui élabore son plan d'intervention quoi.
 276 **C : D'accord, on a fini, avant de partir je te demanderais juste de remplir ça c'est des données**
 277 **sociodémographiques quand est-ce que tu as eu ton diplôme etc... Et puis merci beaucoup d'avoir**
 278 **participé.**
 279 P1 : Et bien je t'en prie Marine c'est normal.

Annexe 20 : Retranscription P2

XXXX désigne le nom de l'établissement où travaille P2

1 **C : Est-ce que tu pourrais me décrire les missions que tu as au sein de la structure dans laquelle tu**
 2 **travailles ? Qu'est-ce que tu vas être amenée à faire sur ton poste ?**
 3 P2 : Alors ba déjà je travaille dans un IME, auprès d'enfants. On a un agrément de 0 à 20 ans donc je vois
 4 de tous les âges. Il y a 4 services donc l'IME, le SESSAD, le CIST (une structure spécialisée dans
 5 l'inclusion scolaire), euh et puis le dernier service c'est un accueil pour les enfants polyhandicapés. Donc
 6 du coup j'interviens principalement en SESSAD et auprès des enfants polyhandicapés. Donc du coup pour
 7 les enfants polyhandicapés c'est principalement tout ce qui est autour du matériel, donc tous les grands
 8 appareillages qu'ils ont donc fauteuils, les verticalisateurs, et j'en passe. Même les adaptations pour les
 9 repas ce genre de chose, et après ce sont les équipes qui vont me demander. C'est principalement ça, après
 10 il y a quelques enfants avec lesquels j'ai des accompagnements individuels, il y en a un notamment avec
 11 lequel je travaille sur tablette, donc je bosse aussi l'installation sur tablette pour qu'il puisse faire le plus de
 12 choses lui-même, donc voilà. Et après au SESSAD du coup c'est bah tout ce qu'on peut faire en
 13 ergothérapie, de la rééducation euh soit sur le lieu scolaire, soit à la maison, soit au SESSAD voilà. Donc de
 14 la rééducation, bon on a de tout, donc euh des dyspraxiques, des autistes, euh j'ai un peu de handicap
 15 physique aussi voilà, et puis après forcément tu as aussi tout le côté réadaptation donc que ce soit à l'école
 16 ou même au domicile.
 17 **C : D'accord, et donc justement est ce que tu vas être amenée à te déplacer fréquemment sur ces lieux**
 18 **de vie ? fréquemment c'est-à-dire plusieurs fois par semaine, dans le mois ? est-ce que tu pourrais**
 19 **quantifier à peu près ça ?**
 20 P2 : du coup quand ma séance elle est sur le lieu scolaire bah j'y vais, au domicile il y a un enfant pour
 21 lequel j'y vais toutes les semaines, après j'ai de temps en temps de visites à domicile mais c'est compliqué
 22 parce que au niveau de la direction ils ne sont pas trop pour, parce qu'ils ne veulent pas que ce soit au
 23 détriment du travail dans l'institution en fait. Donc du coup voilà je suis assez limitée sur les visites à
 24 domicile, mais après quand je n'ai pas le choix...
 25 **C : Mais au final tu es amenée à te déplacer assez souvent même si c'est pas que pour des visites à**
 26 **domicile, pour des prises en charge à domicile etc ... ?**

27 P2 : Ah ba de toute façon avec le SESSAD je sors, je me déplace au moins une fois par jour.

28 **C : Ok, et du coup comment tu vas être amenée à établir ton plan d'intervention, comment tu vas**

29 **établir les objectifs que tu vas travailler avec les enfants ?**

30 P2 : Alors ba si je prends, parce que là du coup ça va faire un an tout pile, donc euh voilà il y a des enfants

31 sur lesquels j'ai repris les objectifs que l'ergo avant moi avait déjà euh parce que du coup voilà j'avais pas

32 forcément besoin de voir autre chose et c'était un peu sur les conseils de l'équipe entre guillemet qui

33 m'avaient dit voilà il faut que vous travailliez ça avec ces enfants, donc moi ça me paraissait logique. Et

34 puis, pour les autres sinon c'est bilan et entretien avec les parents pour voir avec eux ce qu'ils attendent de

35 l'intervention en ergothérapie, si déjà ils savent ce que ça veut dire, ce qui n'est pas toujours le cas. Et puis

36 voilà une fois que j'ai fait cet entretien en général, j'essaie de voir à peu près toutes les dimensions avec

37 l'enfant donc moteur, motricité fine euh l'utilisation des outils scolaires car comme c'est beaucoup sur

38 l'école il y a beaucoup de ça. Au niveau visuel, au niveau en fait je me base un peu sur tous les bilans qu'on

39 a pu voir pour les enfants dyspraxiques car je trouve que c'est plus complet du coup voilà je fais à peu près

40 les mêmes bilans à chaque fois, après j'accentue plus ou moins sur une partie si je me rends compte que

41 l'enfant a plus de difficultés sur des compétences que d'autres. Après une fois que j'ai fait ce bilan en

42 fonction des résultats je vais axer mes objectifs plus ou moins sur ...

43 **C : Ok, et donc du coup-là on va plus aborder de façon précise l'évaluation et est-ce que tu fais la**

44 **différence toi entre l'évaluation des occupations et l'évaluation des activités ?**

45 P2 : --- hein hein--- euh ça veut dire faire une différence entre activité et occupation. Au sens auquel on l'a

46 appris dans notre formation pour moi non il n'y a pas de différence, enfin pour moi non ce qu'on appelle

47 occupation en ergothérapie c'est les activités faites dans son environnement.

48 **C : D'accord et pour toi l'occupation correspondrait à quoi ?**

49 P2 : Et ben l'activité. Tout ce que la personne est amenée à faire dans la journée, que ce soit voilà les

50 activités basiques comme se laver, s'habiller, manger et tout ça ou des activités qui sont un peu plus

51 spécifiques soit scolairement parce que c'est un enfant soit professionnellement parce que c'est un adulte ou

52 soit de loisirs pour n'importe quel âge, enfin voilà. Pour moi l'occupation c'est une activité de manière

53 générale.

54 **C : Ok, moi je vais te donner un peu, parce que je vais utiliser le terme d'occupation dans la suite de**

55 **mon entretien, pour que tu saches à quoi je me réfère. L'occupation c'est ça c'est un ensemble**

56 **d'activités qui vont avoir une valeur pour l'individu et la société. Et en fait l'activité au sein de**

57 **l'occupation ça va juste être le faire, la suite d'actions, de tâches, les comportements que tu observes.**

58 **Et l'occupation c'est plus global au final, tout ce qui précède ce faire, la réflexion avant, pourquoi est-**

59 **ce que la personne a envie de faire ça, est ce que c'est important etc ... Voilà. Et quand tu vas évaluer**

60 **les occupations de tes patients qu'est-ce que tu vas chercher à savoir ?**

61 P2 : Qu'est-ce que je vais chercher à savoir... je vais chercher à connaître ce que la personne sait déjà faire,

62 euh voilà pour savoir sur quoi je peux m'appuyer et puis après je vais voir au niveau déficit si ça pose

63 problème, soit en fonction du dossier médical que j'ai pu avoir, soit directement en voyant, et puis je vais

64 chercher à savoir quel impact ça a dans la vie de la personne.

65 **C : Et est ce qu'il y a des occupations particulières auxquelles tu vas t'intéresser plus que d'autres ?**

66 P2 : euh, ba c'est toujours pareil ça dépend un peu aussi de la demande des parents à la base, donc là c'est

67 des enfants donc ça dépend des parents et puis aussi si l'enfant lui-même a des demandes en particulier, s'il

68 a quelque chose en particulier qu'il a envie de faire et pour laquelle il a des difficultés je vais aussi m'axer

69 dessus. Mais après de manière générale pendant mon évaluation j'essaie de prendre tout en compte.

70 **C : D'accord ok**

71 P2 : Pour voir à peu près toutes les occupations que la personne peut avoir, pour avoir le maximum

72 d'informations de voir vraiment où est la difficulté quoi.

73 **C : Ok est ce que tu as une grille sur laquelle tu te reportes, comment est-ce que tu fais ça du coup ?**

74 **C'est dans ta tête ?**

75 P2 : Je t'avoue que ouai c'est un peu en fonction de la personne j'ai pas forcément de grille particulière

76 mais après je sais que j'ai tout un panel de bilans que j'ai pu récupérer dans ma formation et mes différents

77 stages et euh après en fonction de ce que je connais de base de l'enfant que je vais voir parce que en général

78 on a toujours le dossier médical et de ce que j'ai recueilli je vais essayer de cibler plus ou moins les bilans

79 que je pense intéressants. Bon voilà, en fait je pars plus de tous les bilans que j'ai en me disant cela peut être

80 intéressant, celui-là, celui-là. Après je me base aussi sur l'entretien que je peux faire avec les parents en
81 essayant voilà de structurer un peu sur les différentes activités de vie quotidienne et du coup voilà.

82 **C : D'accord, ok. Et du coup pendant l'évaluation parfois on peut évaluer les rôles sociaux, est ce que**
83 **c'est quelque chose à laquelle tu vas être attentive ou pas ?**

84 P2 : Euh, ouai non pas forcément (rire). C'est plus euh, ouai je vais pas forcément tenir compte de
85 comment... enfin comment dire. Ouai non je vais surtout m'intéresser à l'instant t et puis euh ouai non à la
86 façon dont ça se passe pour faire une activité et pas forcément de comment il est avec les autres et par
87 rapport aux rôles qu'il peut avoir.

88 **C : Et je ne sais pas si sur ta barre skype tu as accès à l'écrit car je vais t'envoyer en fait 6 notions.**
89 **Parmi ces 6 notions lesquelles est ce que tu vas systématiquement évaluer pour les occupations ?**

90 P2 : Alors il y a l'aide pour la réalisation des occupations, je vais demander voilà vraiment euh ce sera plus
91 aux parents que je vais poser cette question, voilà savoir à quel niveau l'enfant a besoin d'aide... Euh... le
92 degré de réalisation de l'occupation ça va un peu avec l'aide en fait parce que du coup en fonction du degré
93 de réalisation il va y avoir plus ou moins d'aide, donc ça va un peu ensemble. Après le degré de satisfaction
94 je le verrais pas forcément pendant l'évaluation. Peut-être plus tard quand le suivi sera mis en place savoir
95 ce que l'enfant, il, s'il y a des choses que comment dire, sur certaines activités voilà il est satisfait de
96 comment il y arrive et si justement il a besoin de plus d'aide par rapport à ça.

97 **C : D'accord, donc au prime abord c'est pas quelque chose que tu mettrais**

98 P2 : ouai non pas pendant l'évaluation. Euh importance liée à la réalisation des occupations c'est tout en
99 même temps (rire), non je ne pense pas non plus. Ba après choix de l'occupation pas tellement non plus
100 parce que du coup comme c'est quand même assez basé sur des activités de vie quotidienne du coup
101 comment dire c'est pas forcément un choix quoi, il a pas le choix de le faire justement.

102 **C : Ok, ça marche. Et du coup le concept de participation sociale c'est quelque chose qui est assez**
103 **émérgent en France, est ce que toi tu l'évalues ?**

104 P2 : Euh est ce que tu peux me refaire la question ?

105 **C : Le concept de participation sociale c'est quelque chose qui est assez récent en France, qui est assez**
106 **nouveau est ce que toi tu vas l'inclure dans tes évaluations en ergo ?**

107 P2 : Euh non.

108 **C : Ok et est-ce que tu as d'autres éléments sur la façon dont tu mesures les occupations de tes**
109 **patients que tu pourrais me dire ? S'il y a des choses qui te viennent que je n'ai pas abordé et que tu**
110 **aimerais me dire ?**

111 P2 : Euh, ba écoute je peux te faire vite fait en gros le déroulé enfin comme ça s'il y a des trucs

112 **C : Allez !**

113 P2 : Alors en général soit c'est la famille qui prend contact avec moi, soit c'est moi qui prend contact avec la
114 famille. Après je vois les parents en entretien...

115 **C : Est-ce que tu vois les enfants avec les parents en entretien ?**

116 P2 : oui. Les enfants sont là quand je vois les parents et après je demande aux parents de nous laisser avec
117 les enfants parce que du coup je sais qu'un enfant avec ses parents à tendance à être influencé, soit il va
118 vouloir faire le pitre parce qu'il y a ses parents, soit les parents vont être derrière à lui dire attention fais ci
119 fais ça et voilà, donc voilà en général j'essaie de faire sans les parents, après il y a toujours des enfants qui
120 sont un peu voilà, qui appréhendent et donc du coup ils sont pas trop rassurés que leurs parents partent.
121 Mais bon en général ça se passe bien. Et puis après du coup voilà, en général une fois que ça s'est fait si j'ai
122 vraiment vu tout ce que je voulais voir voilà je peux, je fais passer mon compte rendu et voilà. Après je
123 refais des évaluations régulièrement ; notamment je pense à l'écriture, pour ceux qui ont des gros troubles,
124 histoire de voir un peu si ce que je fais c'est efficace. Et puis voilà, s'il y a d'autres besoins à mettre en place,
125 ou s'il y a certains besoins qui ont besoin d'être mis en place, enfin voilà tout ça.

126 **C : Ok, et du coup on va passer à la deuxième partie. C'est plus sur le concept de participation sociale**
127 **en lui-même, avant que je fasse mon entretien est ce que c'était quelque chose dont tu avais déjà**
128 **entendu parlé ?**

129 P2 : La participation sociale ?

130 **C : Oui**

131 P2 : Ouai j'en ai vaguement entendu parlé dans les concepts (rire).

132 **C : Oui, voilà donc on va y venir est ce que tu te souviens dans quel contexte tu en as entendu parlé ?**
133 **Donc, où, quand est-ce que c'était...**

134 P2 : Si je ne dis pas de bêtise c'est quand on a étudié le modèle de, le PPH, quelque chose comme ça (rire).

135 **C : donc du coup c'est plus dans le cadre de la formation que tu en as entendu parlé ?**

136 P2 : Ouai c'est ça

137 **C : Est-ce que tu en as entendu parlé là dans ton milieu professionnel depuis que tu commences à**
138 **travailler ou pas ?**

139 P2 : Euh pas dans ces termes en tout cas. Ce n'est pas un mot que l'on emploie généralement. Euh. Après je
140 veux dire dans les faits voilà avec les collègues quand on justement, on va s'intéresser à tout ce qui est
141 activité de l'enfant forcément on traite un peu de la participation sociale, mais euh on parle pas de
142 participation sociale

143 **C : pas en ces termes-là ?**

144 P2 : Oui

145 **C : Et alors, la question que personne n'aime, mais il faut que je la pose : si t'avais une définition à**
146 **me donner de la participation sociale avec tes propres mots, qu'est-ce que tu pourrais m'en dire ?**

147 P2 : Alors la participation sociale avec mes propres mots. Alors, là j'ai l'impression de retourner dans les
148 cours. Euh la participation sociale. Ouai pour moi c'est un peu tout ce que l'on peut faire dans la société,
149 enfin ouai tous les rôles que l'on peut avoir dans la société, que ce soit en tant que parent, frère et sœur, que
150 travailleur, qu'étudiant, qu'élève à l'école primaire, tout ça. Ouai, la participation sociale elle est liée aux
151 rôles que l'on a dans la société.

152 **C : Ok, donc pour toi tu vas être en interaction avec des personnes etc ?**

153 P2 : oui, entre autre.

154 **C : Ok, donc du coup je vais te donner celle que moi j'utilise pour mon mémoire, comme ça tu l'auras**
155 **sous les yeux. Donc c'est l'engagement par l'activité dans des situations de vie socialement**
156 **contextualisées. Je vais te la faire en plus simple : en gros c'est comment une personne arrive à**
157 **s'impliquer dans la société et tu n'as pas tort, finalement cette implication elle peut se faire grâce aux**
158 **occupations, et grâce aux rôles sociaux que la personne a. Voilà, est ce que tu veux que je te**
159 **redéveloppe un peu, ou cela te suffit ?**

160 P2 : Non non ça va le faire (rire).

161 **C : Pour toi quel intérêt ce concept peut avoir en ergothérapie ? Est-ce que cela a un intérêt, est ce**
162 **que cela n'en n'a pas ? Comment tu vois les choses ?**

163 P2 : Alors oui, il y a un intérêt (rire). bien sûr. Après, comment dire, comment est-ce que l'on ... euh
164 l'engagement par l'activité dans une situation de vie socialement contextualisée... forcément quand on est
165 dans une activité on dépend rarement de rien en fait. Je veux dire quelle que soit l'activité qu'on fait on va
166 forcément être engagé auprès de quelque chose, ou auprès de quelqu'un, donc forcément on est obligé d'en
167 tenir compte pour que, pour tenir compte de toutes les dimensions de l'activité et de la personne dans ce
168 qu'elle fait et donc euh, forcément, c'est quelque chose d'intéressant à prendre en compte. Après non on ne
169 le prend pas toujours en compte, parce qu'on y pense pas forcément, parce que c'est pas quelque chose
170 d'inné je dirais, enfin ouai c'est peut-être pas le truc auquel on pense en premier. Ou alors c'est peut-être
171 quelque chose d'inconscient et du coup on en tient compte sans vraiment s'en rendre compte en fait.

172 **C : Oui, oui c'est un peu le sujet de mon mémoire justement. Et est-ce que tu t'es déjà spécifiquement**
173 **documenté sur ce sujet ou pas ?**

174 P2 : Euh, à part dans mes études, mais depuis que je travaille non.

175 **C : Et dans tes études est ce que cela t'es arrivée vraiment de chercher des choses que sur la**
176 **participation sociale ou pas ?**

177 P2 : Euh. Je sais que j'avais pu le faire justement pour des copains qui avaient leur mémoire dessus mais,
178 après en soit je ne saurais pas te dire si c'était que de la participation sociale ou si c'était autre chose.

179 **C : Oui, parce que si je te demande si tu as eu des difficultés à trouver de la documentation dessus ça**
180 **te dirait quelque chose ou pas ?**

181 P2 : Oui

182 **C : Oui, c'était dur ?**

183 P2 : Oui, parce qu'en général quand on arrivait à chercher pour les autres c'est qu'il y avait des, c'était pas
184 simple à trouver quoi. Donc oui, c'était vraiment pas le sujet, enfin oui on trouvait pas vraiment grand chose
185 dessus.

186 **C : D'accord est ce que tu te souviens où vous cherchiez les informations ou pas ?**

187 P2 : Euh, ba un peu comme pour le mémoire en fait, pubmed tout ça quoi.

188 **C : Ok, on a fini avec cette partie, est ce que tu as d'autres éléments que tu pourrais me donner sur la**
189 **façon dont tu comprends ce concept ou pas ?**

190 P2 : Non je crois que je t'ai tout dit.

191 **C : Ok, donc du coup on va passer sur la dernière partie, la mesure de la participation sociale, donc**
192 **toi tu m'as dit que tu ne la mesurais pas, mais si tu étais amenée à la mesurer qu'est-ce que tu**
193 **prendrais en compte comme éléments ?**

194 P2 : C'est une très bonne question. Pour mesurer la participation sociale... Euh, --- très franchement je serais
195 incapable de te dire quels bilans, quels, ouai dans quel type d'évaluation ce serait, enfin ce serait mesurable
196 quoi.

197 **C : Sans penser forcément à un outil, quels critères tu penses que tu pourrais évaluer ?**

198 P2 : Euh, on va tricher un peu. Si je reprends un peu les critères que tu m'as envoyé tout à l'heure ça me
199 semble pas mal.

200 **C : Alors qu'est-ce que tu prendrais du coup, et pourquoi dans ce cas-là ?**

201 P2 : Ouai, c'est le pourquoi qui est le plus drôle. Euh, alors je pense qu'il y aurait tout ce qui est la
202 significativité/signifiante parce que quand on s'engage dans quelque chose, enfin si ça n'a aucun sens la
203 participation sociale elle est mal engagée quoi. Du coup, il y aurait ça, l'importance liée à la réalisation de
204 l'occupation

205 **C : Oui et pourquoi ce critère ?**

206 P2 : Euh, ba c'est un peu dans le même sens que la significativité c'est à dire que je pense que plus l'activité
207 que l'on réalise nous paraît importante plus on va être engagé dedans. Donc voilà, plus elle a un sens, plus
208 elle est importante. Donc plus on est engagé. Et puis du coup voilà après le degré de réalisation parce que
209 du coup la participation sociale elle est directement reliée à ce degré de participation c'est à dire que pour
210 s'engager il faut en être capable et donc si les capacités sont déficitaires, enfin remises en cause forcément ça
211 va gêner pour la participation sociale. Voilà en gros. Après la fréquence qui est liée à l'importance parce que
212 du coup, si je réfléchis sur la fréquence d'une activité par exemple s'habiller forcément tu le fais
213 régulièrement, enfin au moins tous les jours, du coup ça va avoir une importance dans la participation
214 sociale, parce que forcément tu te n'habilles pas de la même manière en fonction de ce que tu vas faire. Ça
215 me paraît aussi important pour la participation sociale. Et après comme je te disais tout à l'heure, pour moi
216 l'aide pour la réalisation des occupations c'est à peu près au même niveau que le degré de réalisation, enfin
217 c'est complémentaire.

218 **C : Et est-ce que du coup tu vois d'autres choses ou tu penses que tu as fait le tour ?**

219 P2 : Franchement là, par rapport, non ça me paraît déjà pas mal.

220 **C : Ok. Comment est-ce que tu vas évaluer les rôles sociaux de tes patients, non tu ne les évalues pas,**
221 **mais tout du moins les occupations de tes patients ? Est-ce que tu vas utiliser un outil en particulier ?**
222 **Donc ça peut être un questionnaire, un entretien, des instruments de mesure**

223 P2 : Euh, alors en ce qui est des occupations ce sera, je me baserais essentiellement sur des questionnaires
224 du genre Mif mômes ou alors, euh parce que je travaille avec les enfants donc voilà je reprends après les
225 grands domaines des AVQ

226 **C : D'accord, donc tu fais quoi tu couples avec ton entretien ou tu n'utilises que cet outil MIF mômes**
227 **?**

228 P2 : Euh ba j'ai deux grilles d'entretien j'ai la grille de la MIF mômes, enfin je ne suis même pas sûre que ce
229 soit le questionnaire intégral. Donc je dois avoir en gros une grille récapitulative, voilà. Et j'en ai une autre,
230 mais je serais incapable de te retrouver le nom, je ne sais pas si c'était pas un truc que, enfin si je sais, je
231 crois que c'est une des grilles qu'on retrouve dans le BME donc c'est le bilan modulaire d'ergothérapie qui
232 reprend voilà beaucoup de chose, et donc voilà à l'intérieur tu as un questionnaire sur les activités de vie
233 quotidienne et les activités de vie quotidienne instrumentales.

234 **C : D'accord et c'est évalué comment, c'est quoi les critères du coup ?**

235 P2 : Alors en fait, ça reprend plusieurs activités, donc tu as des grandes catégories par exemple sur l'hygiène
236 tu as laver le haut du corps, le bas du corps, se sécher, se coiffer, prendre soin de soi, tout ça et donc pour
237 chaque critère après tu as une échelle de cotation qui va de 1 à 4 et en fonction du niveau, du degré de
238 réalisation et donc voilà en fonction de si la personne a besoin d'être beaucoup aidée ou pas et puis ça
239 reprend aussi si la personne utilise des aides techniques dans l'activité. Donc voilà en général, le mieux c'est
240 de l'évaluer de visu, enfin de faire faire les activités à la personne pour se rendre compte, après c'est vrai que
241 moi dans un premier temps euh ce questionnaire je le fais beaucoup avec les parents, et des fois je le
242 reprends avec l'enfant aussi parce que j'aime bien voir son point de vue à lui, comment il voit la chose.

243 **C : Et pourquoi est-ce que tu as choisi ces deux questionnaires là ? C'est sur quels critères que tu les**
244 **as sélectionnés ?**

245 P2 : Ba ils me paraissaient assez complets. Ils reprenaient vraiment les grandes parties des activités de vie
246 quotidienne qu'il y avait et voilà je les trouvais assez complets et assez simples pour les utiliser avec des
247 enfants et des parents, pour que ce soit accessible aux parents voilà, pour savoir vraiment à quoi ça
248 correspond.

249 **C : Ok, et concernant les rôles sociaux, est ce que tu aurais une idée d'outils ou de la façon dont on**
250 **pourrait évaluer ça ?**

251 P2 : Euh ---- il me semble pas en avoir croisé (rire) ni en formation, ni sur les stages que j'ai pu faire. Très
252 sincèrement ça ne me dit rien du tout comme outil. Après pour évaluer un rôle social, c'est une très bonne
253 question que je ne me suis jamais posée. Je t'avoue que là tout de suite je n'ai pas vraiment de d'idée, mais
254 du coup ça m'intéresse. Bon après j'imagine que ça existe.

255 **C : Et pour évaluer la participation sociale, est ce que tu connais des outils qui existeraient pour le**
256 **faire ?**

257 P2 : Alors en relisant les critères que tu m'as envoyé là, ça me fait quand même penser attend que je
258 retrouve le nom, à la MCRO, qui est au Canada, donc ouai, en relisant ça, ça me fait vraiment penser à ça,
259 où il y a l'idée de satisfaction, de rendement, de degré de réalisation, les aides et tout ça, et puis l'idée
260 d'importance aussi. Donc euh ouai je dirais la MCRO

261 **C : D'accord ba tu es plutôt pas loin, tu y es même, c'est un outil qui permet d'évaluer la participation**
262 **sociale et selon toi c'est quoi les obstacles ou les difficultés pour évaluer la participation sociale ? Si**
263 **par exemple il y a un médecin qui arrive dans le service et qui te dit est ce que vous pouvez m'évaluer**
264 **la participation sociale de tel enfant, qu'est-ce qui va te semble difficile, s'il y a des choses qui sont**
265 **difficiles ?**

266 P2 : Euh ba déjà il faudrait que je me procure la MCRO. Non mais je sais même pas si on l'a eu pendant
267 notre formation donc euh voilà. Donc déjà ça. Après auprès des enfants, je t'avoue que moi ça me paraît
268 compliqué parce que j'ai l'impression que c'est abstrait. Alors en effet on a déjà des mises en situation
269 pendant la formation où on l'a fait je trouvais déjà que pour nous, comme c'est pas quelque chose qui est
270 ancré dans notre culture enfin voilà, c'est fait au Canada, eux ça vient de là-bas c'est quelque chose dont ils
271 ont l'habitude d'utiliser, c'est pas du tout le cas en France en tout cas pas à ma connaissance, peut être que
272 c'est un peu plus répandu maintenant, mais pour là moi ça me paraît quelque chose d'assez abstrait et en
273 plus avec les enfants, parce que parler importance d'activité avec les enfants ouai, ils vont te ressortir le jeu
274 et c'est peut-être le seul truc qu'ils vont te ressortir et euh ce qui n'est pas forcément la même chose pour les
275 parents et donc du coup voilà combiner les deux ça me paraît un peu compliqué. Après j'ai jamais essayé
276 donc, c'est plus du ressenti que...

277 **C : Donc pour toi ce qui ressort c'est que ça serait pas forcément adapté du coup au public c'est ça ?**

278 P2 : Ouai pour les enfants, après je ne sais pas s'il existe une grille spéciale enfants.

279 **C : Oui s'il en existe pour les enfants, et du coup ça va être plus des activités pour les enfants donc au**
280 **niveau des loisirs, de la récréation ect ... Et pour toi quel pourrait être l'intérêt de mesurer cette**
281 **participation sociale ? S'il y en a un ?**

282 P2 : (rire). Euh, l'intérêt de mesurer la participation sociale, c'est un peu comme je te disais tout à l'heure,
283 c'est pour moi c'est prendre en compte toute la personne. Parce que la participation sociale ça fait partie de
284 la personne, on a forcément de la participation sociale, et si l'on n'en tient pas compte c'est finalement ne
285 pas tenir compte de la personne. Voilà c'est avoir une vision vraiment globale. Et puis quelque part c'est euh
286 rendre un peu plus acteur la personne parce que si on se base sur les activités qui sont vraiment importantes
287 pour la personne, qui ont vraiment une signification et ben elle aura peut-être plus envie de s'engager dans

288 l'accompagnement et donc du coup c'est un peu je voulais dire gagner des points parce que si la personne se
 289 sent plus actrice de ce qu'on lui propose et qu'on se base vraiment sur des choses voilà qui pour elle sont
 290 importantes et qui ont un sens et ben forcément l'engagement sera plus important.

291 **C : Ok, tu as d'autres éléments à ajouter ?**

292 P2 : Non

293 **C : Ok, on passe aux dernières questions, selon toi qu'est-ce que l'on pourrait faire pour que la**
 294 **mesure de la participation sociale se développe ?**

295 P2 : Euh, c'est une très bonne question

296 **C : En France du coup**

297 P2 : Ouai ouai, si je regarde dans notre formation on nous en parle quand même, enfin on peut même voilà
 298 on a eu des mises en situation donc je ne peux pas dire que on l'a que expérimenté et on a fait que en parler
 299 c'est pas vrai. Mais du coup voilà comme ce n'est pas quelque chose qui est abordé par les médecins euh les
 300 autres professionnels avec lesquels on travaille, ba du coup quand on est tout seul on y pense pas forcément
 301 et du coup on va pas se lancer dans le truc en se disant si on comprend rien et si personne n'adhère euh il n'y
 302 a peut-être pas d'intérêt. Du coup peut être que sensibiliser à plus de professionnels, je pense qu'il n'y a pas
 303 que nous que ça touche, enfin, même si nous finalement ça fait partie intégrante de notre vision des choses,
 304 enfin voilà les kinés ça peut leur servir et voilà donc du coup je pense peut-être en sensibilisant plus le corps
 305 médical, enfin les professionnels pas que le médical, il y aurait peut-être plus d'impact ouai, plus pas de
 306 valeur, mais ouai ça serait plus peut être plus abordé en tout cas.

307 **C : D'accord, est ce que tu vois d'autres éléments qui pourraient faire que du coup on puisse**
 308 **développer cette mesure ?**

309 P2 : Ba après il y a toujours les formations, enfin toutes les formations continues. Après peut-être c'est
 310 pareil, peut être que ça existe déjà là. Et euh voilà sinon à part ça je pense que ça serait déjà un bon départ.

311 **C: C'est déjà pas mal en effet. Et dernière question, qu'est-ce que tu pourrais suggérer afin de**
 312 **faciliter le passage des concepts théoriques dans la pratique ? Pas forcément que sur le concept de**
 313 **participation sociale, mais en général, qu'est-ce que l'on pourrait imaginer pour que les concepts**
 314 **théoriques s'intègrent plus facilement en pratique ? Qu'on les utilise plus facilement.**

315 P2 : (rire) C'est la question que tout le monde se pose. Euh après je sais que le fait d'avoir des outils tu vois
 316 comme la MCRO qui est reliée à la participation sociale peut, d'avoir des outils qui rendent les choses plus
 317 concrètes en fait. Parce que c'est vrai que les concepts théoriques c'est très théorique comme son nom
 318 l'indique et souvent du coup on arrive pas forcément à faire le lien avec la pratique. Et peut-être que en
 319 développant voilà plus d'outils qui pourraient être reliés à ces concepts ça pourrait aider. Après voilà, c'est
 320 toujours pareil il y a des fois des outils qui se créent soit on n'y pense pas forcément, soit on ne les connaît
 321 pas, voilà mais euh ouai je pense que les outils c'est un bon lien entre la théorie et la pratique. Ça permet de
 322 mettre en pratique ce qu'on peut voir en théorie.

323 **C : D'accord, ok est ce que tu as d'autres idées ?**

324 P2 : Non (rire).

325 **C : Ok et bien c'est bon on en a fini, j'arrête de t'embêter, en tout cas merci beaucoup pour ta**
 326 **participation. Et je vais juste te demander le nom de l'établissement dans lequel tu travailles.**

327 P2 : C'est XXXX.

328 **C : Et bien si tu as des questions n'hésite pas, si tu veux que je t'envoie mon mémoire une fois qu'il**
 329 **sera terminé.**

330 P2 : Oui ça m'intéresse.

Annexe 21 : Retranscription P3

XXXX désigne le nom de l'établissement où travaille P3

1 **C : Est-ce que tu pourrais me décrire tes missions au sein de l'XXXX ? Qu'est-ce que tu es amenée à**
 2 **faire sur le poste où tu es ?**

3 P3 : Alors je travaille dans deux services à l'XXXX, au SAMSAH à 70% et à 30% au préorientation. Du
4 coup je vais commencer par la préorientation parce que c'est plus court. Donc c'est un service d'orientation
5 professionnelle en fait, on a soit des personnes qui ont tout type de handicap, initialement c'est moteur mais
6 il peut y avoir des handicaps associés et aussi que des handicaps psy ou cognitifs par association. Donc c'est
7 des personnes qui ont pour projet de travailler en milieu ordinaire et qui sont envoyées sur notification
8 MDPH pour vérifier le projet en fait, on fait un bilan de compétences pour voir si c'est en adéquation avec
9 leur projet, et donc nous on est là pour soit valider, et si ça marche pas à rebondir pour trouver autre chose
10 et donc mon rôle c'est vraiment une évaluation ergo sur leurs compétences aussi bien motrices que
11 cognitives, que psy pour voir si soit je la mets en activité dans des situations pour voir si les compétences
12 que j'observe sont compatibles avec leur projet professionnel ou si ils ont des difficultés et qu'ils ne
13 pourront pas rentrer dans le monde professionnel. Et le deuxième service, le SAMSAH où je travaille à
14 70%, du coup j'ai deux rôles je suis et ergothérapeute et référente de situation. Donc pour la partie ergo on
15 intervient de manière assez différente, en fait le but c'est toujours que la personne reprenne une activité
16 donc que ce soit dans son maintien à domicile, une activité sociale, une activité professionnelle pour
17 certains. Donc on peut intervenir dans la mise en place de compensations, surtout en réadapt, donc que ce
18 soit compensation en aides techniques, matérielles, aménagement de logement. Après ça peut être des mises
19 en place d'aides humaines : auxiliaires de vie, des services comme optibus pour les transports des choses
20 comme ça. Des mises en place de compensation de procédures, pour je sais pas la cuisine, prendre sa
21 douche... Voilà il y a un peu de réentraînement aussi de très légèrement de rééducation de enfin c'est surtout
22 du maintien des capacités des personnes car on accueille au SAMSAH des personnes atteintes de maladies
23 neurologiques, ou de maladies chroniques évolutives donc qui vont plus vers le déclin souvent et donc il y a
24 un peu de rééducation pour le maintien des capacités. Et voilà je crois que j'ai fait le tour. Et puis oui aussi
25 l'accompagnement dans la participation sociale, les déplacements pour accéder aux choses de chez eux pour
26 faire leurs courses, les loisirs ...

27 **C : Et toi justement, est ce que tu vas être amenée à te déplacer de façon fréquente sur les lieux de vie**
28 **?**

29 P3 : Ouai, donc c'est un service qui intervient à domicile, donc on ne voit pas souvent les personnes ici,
30 mais la majorité de nos actions sont à domicile ou sur l'extérieur. Donc par exemple il y a une personne, par
31 exemple j'ai accompagné une dame qui voulait faire des activités donc l'accompagner au centre social vers
32 chez elle pour pouvoir mettre en place justement ses activités de loisirs qu'elle voulait faire.

33 **C : Et tu dirais que tu te déplaces plusieurs fois par semaine ? Tous les 15 jours ? Par mois ? Si tu**
34 **pouvais quantifier ça à peu près ?**

35 P3 : Je dirais trois fois par semaine au moins, minimum. Après ça dépend aussi des périodes mais souvent
36 ouai c'est trois fois par semaine. Tu veux que je te parle aussi du rôle de référent ?

37 **C : Ba oui, parce que je ne connais pas en plus.**

38 P3 : En rôle de référent on a plus un rôle de coordination du parcours de la personne. Donc le référent c'est
39 lui qui est un peu garant du parcours entre ce que la personne a fait avant le SMASAH et après le SAMSAH

40 **C : C'est un peu la continuité ?**

41 P3 : Oui voilà, et aussi des intervenants pendant le SAMSAH parce que du coup on est amené à mettre en
42 place des auxiliaires de vie, des infirmières libérales. Si la personne a un suivi je sais pas par exemple
43 psychiatrique ou ailleurs, ou elle est hospitalisée régulièrement pour du matériel on coordonne aussi tous les
44 intervenants pour qu'il y ait un tuilage entre chacun.

45 **C : Pour que ce soit cohérent ?**

46 P3 : Oui voilà. Et on peut aussi proposer aussi d'autres choses comme des séjours de répit ou des
47 interventions de nouveaux professionnels si on pense que c'est adapté à la situation. Voilà, donc c'est assez
48 varié.

49 **C : Et du coup comment est-ce que tu vas établir ton plan d'intervention avec tes patients ? Comment**
50 **tu vas établir tes objectifs avec eux ?**

51 P3 : Alors, quand la personne arrive au SAMSAH on a une période d'évaluation de 6 mois, où vraiment
52 pendant cette période on prend le temps d'apprendre à connaître la personne savoir où elle en est et
53 connaître son fonctionnement parce que ici on prend le temps d'aller au rythme de la personne, et qu'elle
54 soit, enfin qu'elle soit motrice de son projet, qu'elle soit impliquée dedans et du coup on avance à son
55 rythme et c'est important d'évaluer au début où elle en est-elle pour ne pas trop la brusquer et on n'arrive pas

56 en révolutionnant tout d'un coup on y va petit à petit. Donc dans la première phase, je commence toujours,
57 je les rencontre en faisant un entretien simple, pour se présenter, discuter un peu, je n'ai pas vraiment de
58 questions de base c'est juste pour voilà apprendre à connaître la personne ce qu'elle a envie de me dire elle
59 spontanément au début et un peu ses attentes du SAMSAH et sur l'ergothérapie. Et après une fois que j'ai
60 passé ça je commence une phase de bilans où là j'ai plus des bilans cotés ou je fais des bilans moteurs,
61 articulaires, sensitifs, dextérité euh des choses comme ça, plus analytique, la marche, l'équilibre, pour dans
62 une première partie pour voir où sont les difficultés, et après une fois que j'ai fait cette partie je fais plus un
63 bilan cognitif voir si elle a des difficultés cognitives, ensuite on fait un bilan en binôme avec la neuropsychy
64 donc on fait soit le fondant au chocolat, soit le TEM, soit les deux. Et après si c'est nécessaire je fais des
65 mises en situation à domicile ou dans l'environnement de la personne pour des objectifs bien définis. Et en
66 même temps j'ai oublié entre le cognitif et le bilan avec la neuropsychy, je fais un bilan des AVQ souvent donc
67 soit la SMAF, soit la MHAVIE soit de ce type-là qui prend en compte un peu tout.

68 **C : Et donc je vais rebondir là-dessus, parce que moi du coup je vais m'intéresser à comment tu**
69 **évalues les occupations et est-ce que déjà tu fais la différence toi entre activité et occupation ? Parce**
70 **que je vais employer le terme d'occupation après donc pour que l'on parle de la même chose.**

71 P3 : Donc, dans mon vocabulaire non. Moi je, enfin quand j'étais en étude je faisais un peu la différence
72 mais en fait dans le monde professionnel ça parle vraiment qu'à nous cette différence-là. Et du coup j'ai
73 complètement perdu,

74 **C : Ok, en gros les occupations ça va être un ensemble d'activités et les occupations vont avoir une**
75 **valeur qui est personnelle et socioculturelle. En fait c'est un peu plus large que les activités. Les**
76 **activités ça va être la partie observable de l'occupation donc les comportements, les tâches, les**
77 **séquences d'action etc....**

78 P3 : C'est un peu ce qui va être matériel ?

79 **C : En fait ce qui est observable c'est le faire, l'occupation c'est plus vaste tu vas avoir toute la**
80 **réflexion qu'il va y avoir avant, pourquoi la personne fait l'occupation est ce qu'elle est importante**
81 **pour elle, etc ...Donc c'est un peu plus large.**

82 P3 : Et je reviens aussi, mais en tant que référent on a une partie de l'évaluation où on a mis en place dans le
83 service la MCRO, et donc du coup ça permet un peu de faire, de voir où la personne en est et de balayer un
84 peu tout. Du coup-là on était en discussion parce que j'ai des collègues qui le font plutôt au début, dans les
85 premiers entretiens, moi j'avais plutôt tendance à le faire à la fin. Mais finalement peut être que je vais le
86 mettre en début aussi.

87 **C : Et pourquoi la MCRO ?**

88 P3 : Euh parce que on a trouvé que c'était un bilan assez complet et en fait qui parle à tout le monde. On va
89 plus l'utiliser en tant que référent et pas qu'ergo. Et en personnes référentes il y a soit des ergo soit des
90 éduc. Et en fait on a présenté aux éduc, et ils n'avaient pas forcément d'outils qui balayaient un peu toutes
91 les sphères de la vie, mais en étant ouvert parce que c'est ça l'avantage de ce bilan, c'est la personne qui
92 parle et c'est elle qui mène l'entretien, donc nous on est là juste pour la soutenir dans son élaboration mais
93 c'est vraiment elle qui dirige et c'est selon ses envies et ses motivations. Et euh du coup dans le service on
94 développe pas mal le concept d'empowerment, donc ça va pas mal.

95 **C : Et pourquoi toi du coup tu le fais passer à la fin et tu veux le refaire passer au début ?**

96 P3 : Ba je le fais passer à la fin parce que de prime abord en fait je voulais savoir si la personne avait des
97 difficultés cognitives avant de la faire passer pour savoir sur quoi je pouvais m'appuyer pour faire élaborer
98 et un peu les points forts de sa réflexion pour aller ces domaines là pour l'aider à élaborer. Mais en fait je
99 pense qu'en faisant ça on influence quand même parce qu'on connaît ses domaines de difficultés et du coup
100 on en tient plus compte dans l'entretien alors que si on le fait tout au début nous on est plus en difficulté
101 parce qu'on a moins de repères pour s'appuyer pour l'entretien, mais par contre la personne est moins
102 influencée parce que nous on sait pas du tout où elle en est dans ses difficultés.

103 **C : Du coup au niveau de l'évaluation des occupations, qu'est-ce que tu vas chercher à savoir ? Quels**
104 **sont les éléments que tu cherches quand tu évalues les occupations de tes patients ?**

105 P3 : Toute occupation confondue ?

106 **C : Oui**

107 P3 : euh pfoou c'est très vaste (rire). Je pense que je fais un peu les catégories indépendance, autonomie et
108 comment la personne, enfin plus ressenti comme elle le vit. Donc indépendance c'est est ce que

109 concrètement elle arrive à le réaliser, autonomie à tout ce qui est cognitif, euh organisationnel, est ce qu'elle
110 le fait spontanément. Et après comment elle le vit, est ce que elle est satisfaite de cette situation ou est ce
111 qu'elle pense avoir des difficultés ou est-ce que, est-ce que les difficultés qu'elle a ça lui convient comme ça,
112 ou au contraire elle veut changer et s'améliorer. Parce que il y en a qui ont des difficultés dans certains
113 domaines et ça leur va...

114 **C : Ok, et est ce qu'il y a des occupations auxquelles tu t'intéresses tout le temps, est ce que c'est en**
115 **fonction de ce que la personne te dit, tu vas avoir une grille que tu vas suivre ?**

116 P3 : J'essaie un peu de balayer toutes les activités donc, il y en a que je fais tout le temps, un peu les
117 activités basales donc la cuisine, prendre sa douche, l'hygiène, l'entretien de l'appartement, faire ses courses,
118 un peu les choses vraiment du quotidien que tout le monde rencontre, mais aussi la participation sociale, est
119 ce que la personne sort ou pas. En fait il y a un peu des phases dans le suivi du SAMSAH. Il y a une
120 première phase où vraiment on intervient pour assurer la sécurité au domicile, donc là on va vraiment plus
121 être dans le concret de est-ce qu'elle peut se nourrir, prendre sa douche, interpellé des gens si elle est en
122 situation d'urgence, mettre en place des systèmes d'aides des choses comme ça. Et une fois que cela c'est
123 stabilisé on va plus développer le reste sur sortir de chez elle, mettre en place des réseaux plus de loisirs,
124 d'accompagnement social, des choses comme ça.

125 **C : D'accord ok, et pendant l'évaluation du coup, des fois c'est possible d'évoquer les rôles sociaux des**
126 **patients, est ce que toi c'est quelque chose à laquelle tu es attentive ?**

127 P3 : Ouai, c'est vraiment important parce que c'est nous on est médico-social au SAMSAH, et du coup le
128 social est important, et voilà la vie c'est pas juste savoir se faire à manger, c'est aussi rencontrer des gens et
129 sortir de chez soi, enfin aussi si la personne a envie, et avoir des activités donc euh...

130 **C : Donc c'est quelque chose que tu fais systématiquement du coup ?**

131 P3 : Ouai.

132 **C : Et tu t'intéresses particulièrement à certains rôles ?**

133 P3 : Euh, par rapport, j'essaie de voir par rapport aux suivis que j'ai, je m'intéresse aux rôles que la personne
134 a à son domicile et par rapport aux autres personnes de la famille, un peu le rôle familial, voir quelle place
135 elle a dans la famille, mais aussi ça peut être aussi pour des personnes qui vivent dans des foyers, par
136 rapport à son entourage voir s'il y a des choses comme ça, si elle est en lien ou vraiment très isolée. Et après
137 voir si elle a un réseau d'amis ou un réseau familial même extérieur qui peut être soutenant ou pas. Identifier
138 s'il y a des personnes qui gravitent autour d'elle soit des appuis, des soutiens, soit des personnes au contraire
139 où il va falloir voir si elles peuvent être nuisibles et vraiment là-dessus. C'est vrai que en général quand on
140 arrive il n'y a pas trop, enfin les personnes n'ont pas beaucoup d'activités sociales, enfin elles ne sont pas en
141 lien avec un centre social, donc c'est vrai qu'il y a des choses comme ça où du coup c'est compliqué. Des
142 fois il y a des curatrices ou des tutrices qui sont mises en place donc là aussi c'est un rôle social important à
143 voir parce que dans les démarches c'est pas pareil quand on a que la personne ou la personne et son tuteur.
144 Mais après dans les autres rôles sociaux j'essaie de voir --- ce qu'il peut y avoir ----- . Non je crois que j'ai
145 fait le tour un peu, après c'est plus ouai on fait l'évaluation de ce qu'il y a et en fonction de ce que la
146 personne a envie pour justement développer ses nouveaux rôles.

147 **C : Ok, alors du coup je vais maintenant te donner 6 notions, et il va juste falloir que tu me dises**
148 **celles que tu vas évaluer de façon systématique quand tu t'intéresses aux occupations de tes patients.**

149 P3 : Euh, l'importance tout le temps. En fait dans la MCRO il y a deux grandes cotations l'importance et la
150 satisfaction, du coup celles-là sont forcément évaluées. Je crois qu'il y est aussi. Oui le degré de satisfaction.
151 Euh, après l'aide dans la réalisation des occupations mais du coup c'est plutôt dans les occupations, soit les
152 occupations vraiment vitales, soit les occupations voulues par la personne, donc je me concentre sur ces
153 occupations là et pas vraiment sur les autres, donc je ne sais pas si tu considères que c'est systématique ça
154 aussi.

155 **C : Du coup oui.**

156 P3 : Degré de réalisation des occupations je le fais aussi, tu entends quoi par choix de l'occupation ?

157 **C : ça va être l'autonomie, est ce que c'est la personne qui a décidé de faire cette occupation-là.**

158 P3 : Dac, donc oui. Et la fréquence de réalisation, bah c'est une bonne question je pense que je ne le fais pas
159 systématiquement mais que je devrais. Parce que ouai, je pense sur les activités quotidiennes que j'évalue
160 avec genre la SMAF ou les choses comme ça oui je le fais, mais après j'utilise surtout la SMAF ou la

161 MHAVIE et donc il y a un peu la fréquence de réalisation dedans. Mais après je pense que je passe à côté
162 de certaines activités, je le fais pas forcément pour toutes.

163 **C : Ok ba très bien. Et le concept de participation sociale du coup c'est quelque chose qui est on va**
164 **dire assez émergent en France, est ce que c'est quelque chose que tu évalues toi pendant tes**
165 **évaluations ?**

166 P3 : C'est à dire ?

167 **C : Est-ce que tu vas mesurer la participation sociale de tes patients ?**

168 P3 : Genre avec un nombre ?

169 **C : Euh, pas forcément. Soit avec un entretien, soit avec un outil, un questionnaire...**

170 P3 : C'est plus une évaluation qualitative de voir ce que la personne a fait concrètement au quotidien et est
171 ce qu'elle isolée ou elle a des relations sur l'extérieur et sur comment elle met ça en place, quels sont les
172 freins qu'elle rencontre en fait. Mais c'est plus, on l'observe un peu, je le vois en entretien mais pendant le
173 TEM aussi c'est intéressant d'observer ça parce qu'en fait comme la personne est vraiment dans un contexte
174 réel, on le fait sur la place à Jean Macé et du coup elle est vraiment en contexte réel et c'est assez intéressant
175 de voir comment elle se comporte avec les autres personnes que ce soit les commerçants ou les personnes
176 dans la rue. De voir si elle a un peu cette, ouai enfin s'ils échangent facilement ou si au contraire elle essaie
177 de moins voir au possible les gens.

178 **C : Donc au final c'est quand même quelque chose auquel tu fais attention dans tes évaluations ?**

179 P3 : Ouai ba c'est vraiment un axe, vraiment enfin pour toutes les personnes du SAMSAH on aborde ça et
180 c'est vraiment primordial.

181 **C : Et du coup est ce que tu aurais d'autres éléments à me donner qui me permettraient de**
182 **comprendre comment tu évalues les occupations, si jamais je ne t'ai pas posé des questions qu'il y a**
183 **des choses qui te viennent avant qu'on change de partie ?**

184 P3 : Euh, ---- peut être j'ai pas beaucoup parlé de ce que l'entourage je pense, parce qu'on fait aussi toujours
185 un entretien. Enfin ça c'est plus, ça bascule plus dans le rôle de référent, mais aussi des fois en ergo, mais de
186 comment l'entourage vit la situation. Parce que des fois la personne dit qu'elle fait des choses, mais en fait
187 au quotidien on se rend compte qu'elle le fait une fois dans la semaine. Et pour lui ça lui suffit et du coup il
188 considère qu'il le fait, alors qu'en fait les personnes nous disent ba non ça il le fait pas en fait, il le fait une
189 fois tous les 15 jours mais spontanément il ne le fait pas forcément et nous, et si nous on n'est pas là pour le
190 stimuler c'est pas fait.

191 **C : D'accord donc vous êtes en étroite relation avec l'entourage de la personne ?**

192 P3 : oui oui.

193 **C : Tu as d'autres choses qui te viennent ?**

194 P3 : Euh non je pense que j'ai fait le tour.

195 **C : On va passer à la deuxième partie, sur le concept de participation sociale. Donc avant mon**
196 **entretien s'était déjà quelque chose que tu avais entendu ?**

197 P3 : Ouai

198 **C : Et est-ce que tu te souviens, c'est un peu compliqué comme question, mais dans quel contexte tu**
199 **en as entendu parlé la première fois ? Quand est-ce que c'était ? il y a plus d'un an, il y a 5 ans, moins**
200 **de 6 mois ?**

201 P3 : Non je pense que c'était pendant mes études, ma première année d'étude. Alors par contre je ne saurais
202 pas te dire si c'était en cours ou en stage parce que mon premier stage je l'ai fait en psychiatrie et du coup
203 l'ergo avec qui je bossais était pas mal sur cette notion de participation sociale et justement le développait,
204 parce qu'avant le fonctionnement du service était très interne à l'hôpital même s'il y avait un hôpital de jour
205 et un CATTP plus ponctuel et où les gens vivaient à domicile, ils étaient plus sur un accueil en hôpital et
206 justement elle était en train de développer toute cette dynamique d'aller dans le milieu de la personne et
207 développer vraiment ce versant-là.

208 **C : Et donc du coup ça fait quoi 2 ans que tu es diplômée donc en gros il y a 5 ans ?**

209 P3 : Oui j'ai été diplômée en 2014, donc mon stage c'était février 2012.

210 **C : Ok ça marche. Bon on va passer à la question que personne n'aime, mais si tu avais une définition**
211 **de la participation sociale à me donner avec tes propres mots qu'est-ce que tu pourrais m'en dire ?**

212 P3 : Euh, moi je dirais c'est comment la personne s'y prend pour pouvoir réaliser les activités qu'elle
213 souhaite et s'inscrire dans son quotidien un peu en extérieur de son domicile et son quotidien de citoyen.

214 **C : D'accord. Du coup je vais te donner celle que moi j'utilise pour mon mémoire donc c'est**
215 **l'engagement par l'activité dans des situations de vie socialement contextualisées. Donc au final tu y**
216 **es c'est comment la personne va s'impliquer dans la société. Et elle va s'impliquer par l'intermédiaire**
217 **de ses occupations et de ses rôles sociaux. Voilà, est ce que tu as besoin que je te redéveloppe un peu**
218 **ça ou c'est bon ?**
219 P3 : Euh, non je pense c'est bon. Mais du coup est ce que tu mets en parallèle rôles sociaux et citoyenneté
220 ou c'est deux choses différentes ?
221 **C : Oui, oui. oui parce que finalement être citoyen c'est aussi un rôle social, donc oui.**
222 P3 : Du coup rôle social c'est plus large que citoyen pour toi ?
223 **C : Oui, ok, qu'on s'entende sur les termes. Et pour toi est ce que ce concept-là a un intérêt en**
224 **ergothérapie. Si oui lequel, si non pourquoi ?**
225 P3 : Euh ba ouai, parce que pour moi l'ergothérapie c'est basé sur les activités quotidiennes de la personne
226 du coup donc, son quotidien on n'est pas forcément que chez soi mais aussi en dehors de chez soi, et de
227 toute façon la participation sociale ça fait partie du quotidien de tout le monde je pense, donc on a
228 complètement notre place là-dedans.
229 **C : Est-ce que tu t'es déjà spécifiquement documentée sur ce sujet-là ou pas ?**
230 P3 : Euh oui. J'avais fait mon mémoire en fait un peu sur la participation sociale aussi donc.
231 **C : D'accord forcément (rire)**
232 P3 : En gros ma problématique, je ne saurais pas te la redonner exactement, mais c'était comment la
233 personne, comment favoriser la participation sociale d'une personne en situation de handicap à travers leurs
234 activités de loisirs. Donc je me suis un petit peu renseignée (rire).
235 **C : Est-ce que tu as eu du mal à trouver de la littérature sur ce sujet-là ou pas ?**
236 P3 : Euh ce que j'avais trouvé compliqué c'est trouver une définition qui fasse un peu, où tout le monde se
237 mette d'accord et j'avais trouvé surtout pleins de choses différentes. Mais au final avec le recul, je me dis
238 que ça reflète assez bien la participation sociale parce que c'est très personnel et selon la personnalité de
239 chacun on le vit pas du tout de la même façon, et donc du coup la multitude de définitions je trouve ça
240 représentait bien la multitude de situations en fait. Donc c'est un peu compliqué de faire un consensus avec
241 tout ça, mais euh.
242 **C : Et tu avais plus trouvé de la littérature étrangère ou tu avais réussi à trouver un peu de littérature**
243 **française ?**
244 P3 : Euh française ou francophone ?
245 **C : Française.**
246 P3 : Je pense que j'avais trouvé pas mal de trucs suisse plutôt. En français un peu, mais c'est pas le plus
247 développé, j'avais trouvé surtout soit anglophone, soit suisse. En fait j'en avais trouvé en français mais euh
248 c'était plus les bases et c'était pas forcément approfondi, je trouvais que la littérature anglophone ou suisse
249 était plus approfondie dans ce cas-là.
250 **C : Oui moi aussi je trouve pour le coup (rire). Ok, est ce que tu aurais d'autres éléments à me donner**
251 **qui me permettrait de comprendre comment tu comprends ce concept-là, avant qu'on passe à la**
252 **troisième partie ou pas ?**
253 P3 : Euh, non.
254 **C : Très bien, alors du coup c'est la dernière partie, sur la mesure de la participation sociale et qu'est-**
255 **ce que tu vas collecter comme données quand tu vas chercher à évaluer la participation sociale d'une**
256 **personne ?**
257 P3 : euh, ouai qu'est-ce que je cherche à collecter comme données, pour évaluer la participation sociale.
258 Euh, déjà je pense dans un premier temps je vais voir si la personne elle a des envies. Parce que en fait si
259 elle a pas d'envies c'est souvent le premier frein sur lequel on se confronte, parce que si elle elle a pas envie
260 de sortir et ben la participation sociale est difficile. Je pense que je commence par là déjà. Et après, euh..
261 c'est en fait c'est assez vaste parce que pour pouvoir participer socialement il y a pleins de choses qui sont
262 prises en compte, aussi bien que des choses simples par exemple pouvoir sortir de chez soi, enfin pas
263 seulement au niveau moteur, mais aussi même si il a envie est ce que spontanément il peut prendre
264 l'initiative de le faire, est ce que quand cela devient concret il panique pas et va pas... Du coup c'est assez
265 compliqué je pense de résumer parce que en fait pour chaque personne c'est très différent et euh je trouve
266 que c'est compliqué. Je vais essayer quand même. Ouai donc du coup je pars de l'envie, après j'essaye de

267 voir un peu comment ça se passe réellement maintenant, qu'est ce qui va bien et qu'est ce qui pose
268 problème. Donc quand il est tout seul est ce que ouai il a l'initiative, est ce qu'il peut se repérer est ce qu'il
269 peut faire des choix pour choisir ce qu'il veut faire, est-ce que si en fait toute la partie préparation de la
270 sortie est possible, si elle est possible, est ce qu'elle se met en place et si oui ou non et pourquoi. Et après si
271 des fois elle se met en place mais que cela échoue qu'est ce qui fonctionne, qu'est ce qui ne fonctionne pas,
272 mais du coup je fonctionne plus par activité mais pas forcément globalement. Pour faire petit à petit, parce
273 que souvent quand il y a des personnes qui n'arrivent pas à participer socialement il y a aussi un manque de
274 confiance qui s'installe et alors revenir dans la société et tout faire d'un coup c'est hyper flippant. Du coup,
275 j'ai plutôt tendance à y aller petit à petit et à dire, ba on va faire une chose simple, comme présenter de
276 manière enfin de façon détournée quand par exemple on fait une évaluation transport en commun, ba je dis
277 par exemple on va jusqu'à la bibliothèque du coin. Le but c'est d'aller à la bibliothèque et ça permet de voir
278 aussi comment la personne se comporte en société dans les transports en commun et arrivée à la
279 bibliothèque est ce qu'elle regarde la bibliothèque, elle rentre dans la bibliothèque ou juste elle s'arrête au
280 but et ... est-ce que j'ai complètement dévié de la question où ?

281 **C : Non non ne t'inquiète pas**

282 P3 : C'était quoi déjà la question ?

283 **C : C'était qu'est-ce que tu vas chercher comme éléments quand tu vas évaluer la participation**
284 **sociale.**

285 P3 : Ouai non ça va je suis dedans. (rire)

286 **C : Donc au final quand tu vas l'évaluer tu passes par l'intermédiaire de l'activité en fait c'est ça ?**

287 P3 : Oui plutôt. Il faut toujours, avant de les mettre en activité je fais toujours un entretien pour voir si la
288 personne est prête ou pas à faire cette évaluation parce que si elle est très angoissée par rapport à ça et en
289 plus on lui dit qu'on va évaluer ça, ça peut l'angoisser encore plus, donc plutôt utiliser d'autres moyens
290 détournés à ce moment-là pour plus évaluer ça. Et après si vraiment ça se passe bien je lui dis on va évaluer
291 comment ça se passe en société et puis...

292 **C : Ok, et est-ce que pour toi la participation sociale c'est que à l'extérieur du domicile ou pas ?**

293 P3 : Non pas forcément parce que recevoir des amis ou des choses comme ça, ça peut aussi faire partie de la
294 participation sociale, mais après moi je l'englobe vraiment plus dans ce qui est activité au quotidien, c'est un
295 peu pas les basiques, mais un peu les secondaires si la personne réussit à se débrouiller au domicile, souvent
296 c'est plus facile de faire venir les gens à soi que d'aller chez les gens en fait, c'est pour ça que j'ai ce
297 raisonnement là en fait.

298 **C : Ok, comment est-ce que tu vas évaluer les rôles sociaux et les occupations de tes patients ? Est-ce**
299 **que tu vas utiliser un entretien, un questionnaire, un outil en particulier ?**

300 P3 : Euh, ba du coup dans le premier entretien que je fais où je laisse un peu la personne parler
301 spontanément souvent il y a un peu les occupations qui reviennent, voir un peu comment elle se positionne
302 par rapport à ça, donc ça me donne un peu un premier aiguillage. Après avec la MCRO ça permet aussi
303 d'approfondir un peu sur quels rôles elle prend et sur comment dire ça. Parce que ça évalue les activités sur
304 lesquelles elle est en difficulté mais comme il y a la notion de satisfaction il y a aussi son implication sur
305 quoi et comment elle vit le fait de réussir ou pas l'activité et d'être en lien avec les autres. Du coup il y a ça
306 qui est mis en avant, et après dans des bilans comme la MHAVIE aussi, il y a aussi cette notion-là de
307 participation sociale, il y a une catégorie il me semble, je ne sais plus exactement comme c'est formulé,
308 mais justement il y a une partie sur l'extérieur tout ce qui est professionnel etc... étudiant et le lien avec les
309 autres, est ce que tu parles spontanément aux gens ou est-ce que c'est difficile pour moi ou des choses
310 comme ça.

311 **C : Et pourquoi est-ce que tu utilises ces outils là et pas les autres ?**

312 P3 : Et ben parce que j'en a testé plusieurs et je trouvais qu'ils sont assez complets, mais pas trop
313 chronophage car le problème c'est que souvent pour faire quelque chose de très complet c'est hyper long et
314 au final on se perd dans les informations. Et je trouvais que la MHAVIE elle prend quand même bien toutes
315 les activités quotidiennes, pas seulement en moteur mais aussi en cognitif, psy mais aussi la notion de,
316 pareil avec la notion de satisfaction ça apporte vraiment une définition plus de comment la personne le vit et
317 enfin ce qu'elle en pense elle vraiment de sa situation en fait. En fait ça parle beaucoup plus je trouve que
318 d'autres bilans.

319 **C : C'est quoi que tu as testé comme autres bilans du coup ?**

320 P3 : Euh, du coup c'était lesquels ? j'essaie de me souvenir -- J'avais fait Eladeb avec une personne, mais du
321 coup toute la sphère, comme on ne parle que de certains, que des critères que la personne garde, il y a
322 certains domaines qu'on aborde pas du tout et j'avais trouvé ça un peu problématique dans le bilan. Euh,
323 j'avais fait la SMAF, c'est pas mal aussi. Mais après c'est une cotation en pourcentage d'autonomie et moi je
324 suis pas trop à l'aise avec ça, car je trouve que c'est un peu compliqué de dire que est ce qu'il est 30% ou
325 15% autonome, c'est assez subjectif je trouvais, donc c'était un peu compliqué. Après, en bilans euh
326 j'utilisais quoi d'autres. Ah si il y a la grille d'Anel des fois quand on l'utilise en activité de vie quotidienne.

327 **C : Ouai, je ne la connais pas celle-là.**

328 P3 : En fait, c'est d'abord tu as une auto évaluation où tu as pleins de je ne sais plus une vingtaine de
329 domaines je crois 20 ou 25 où la personne dit si elle le réalise complètement ou pas, et spontanément ou
330 pas, et elle a si oui elle quelques questions et si non elle a d'autres questions, quels sont les freins et aussi
331 dans une deuxième partie c'est une personne dans son entourage qu'elle a choisi qui répond aussi au
332 questionnaire et après en fait on compare les deux. Voilà c'est assez complet aussi, je pense que j'en vois
333 l'utilité là pour une des personnes que je suis car la famille a un rôle assez primordial, la famille est très
334 présente autour de la personne et des fois ça peut être un frein et ça permet vraiment d'impliquer la famille
335 dans l'évaluation aussi. Là je pense pour une personne qui arrive je vais l'utiliser, je vais pas faire la
336 MHAVIE du coup.

337 **C : Et quand tu vas mesurer la participation sociale est ce que tu vas utiliser un outil en particulier ?**
338 **Et si tu n'en n'utilises pas est ce que tu en connais ?**

339 P3 : Euh non je n'en connais pas. Enfin qui évalue spécifiquement ça non. Après moi je l'intègre toujours
340 dans d'autres choses parce que au final la participation c'est toujours, enfin, c'est toujours dans une activité
341 ou quelque chose que tu fais donc ou avec d'autres gens, enfin du coup c'est un peu compliqué de l'isoler je
342 trouve tout seul c'est tellement en lien avec d'autres choses que évaluer que ça spécifiquement je ne vois pas
343 trop comment faire.

344 **C : Justement on va y venir, pour toi ça serait quoi les obstacles à la mesure de la participation sociale**
345 **? Qu'est ce qui est difficile pour toi dans le fait de la mesurer ?**

346 P3 : Euh, que c'est très subjectif et très relié au vécu de la personne en fait. Que c'est, comment dire pour
347 une activité comme se faire à manger le résultat ça va être au final est ce que je mange ou pas, ba si je
348 mange oui c'est que je réussis, et si je manque pas c'est qu'il y a eu un couac et là ça n'a pas fonctionné, du
349 coup il y a quelque chose de matériel à mesurer. Dans la participation sociale pour des personnes la
350 participation sociale ça peut juste être sortir au parc s'asseoir pendant une demi-heure et rentrer, ou ça peut
351 être aller voter, participer à un truc de loisirs, ou aller au cinéma, enfin c'est tellement varié en fait que.

352 **C : Ouai en fait pour toi il y a trop de, c'est trop difficile à cerner pour toi ?**

353 P3 : Ouai je pense il y a trop d'éléments différents pour pouvoir faire vraiment une évaluation évaluant
354 toutes les possibilités de participation sociale. C'est un peu comme tu vois tu disais je vais évaluer les
355 activités quotidiennes, il me faut un truc pour tout ça, en sous catégories pour toutes les activités donc que
356 t'évalues la même façon de manger, se déplacer, prendre sa douche, quelque chose comme ça, alors que non
357 on évalue spécifiquement chaque activités. Je trouve que dans la participation sociale c'est un peu pareil, il
358 faut faire un peu des sous-catégories et pouvoir diriger un peu son évaluation parce que sinon c'est un peu
359 trop...

360 **C : Est-ce que pour toi il y a aurait d'autres difficultés que tu pourrais avoir si un jour on te dit**
361 **mesurer la participation sociale de tel patient ?**

362 P3 : Ouai, le fait qu'on l'évalue en fait c'est une difficulté en elle-même parce que la personne ne se
363 comporte pas de la même façon pendant qu'on l'évalue que quand elle est seule à son domicile. Et même
364 hors contexte d'évaluation quand nous on est là, elle ne se comporte pas pareil que quand elle est toute
365 seule, donc rien que le fait qu'on soit là forcément ça modifie sa participation, et soit pour certaines
366 personnes ça les met en stress et du coup elles sont paralysées, soit au contraire c'est un soutien parce que je
367 te dis au cas où il y a l'ergo derrière donc elle se dit c'est bon, c'est bon je peux faire appel à un ami (rire), et
368 du coup forcément ça biaise ça et je pense que rien que notre présence c'est, ça fausse l'évaluation.

369 **C : Est-ce que tu aurais d'autres choses qui te viendraient ?**

370 P3 : Euh non, après je pense que l'important c'est que ça se fasse sur le lieu de vie, le vrai lieu de vie de la
371 personne, parce que je vois avec le TEM ça nous donne un premier aperçu, mais pareil c'est dans un

372 environnement que la personne ne connaît pas forcément donc ça donne des premières indications, mais
373 dans le vrai contexte réel

374 **C : Donc pour toi ça s'évaluerait plus par des mises en situation ?**

375 P3 : Ouai

376 **C : D'accord, et pour toi ça serait quoi l'intérêt de mesurer la participation sociale ? Est-ce qu'il y un**
377 **intérêt, est ce qu'il n'y en a pas ?**

378 P3 : Euh pour moi ça a intérêt si la personne trouve qu'elle a des difficultés dans ce domaine-là et qu'il veut
379 changer les choses. Parce que cela permet d'évaluer ce qui se passe bien, donc les points d'appuis et les
380 difficultés qu'il rencontre pour voir comment faire évoluer la situation. Après si la personne n'en n'est pas
381 encore là ça ne sert pas forcément à grand chose d'approfondir.

382 **C : D'accord, donc pour toi ça se mesurerait plus dans un second temps du coup ?**

383 P3 : Ouai, je pense qu'il faut avoir quelques éléments en tête dans un premier temps parce que si la personne
384 a du mal à être en lien ou des choses comme ça pour tout ce qui est réseau de soins, réseau d'aide ça va être
385 plus compliqué pour lui, mais après pour que lui vraiment s'implique dans la participation il faut que lui il
386 en soit là, et du coup on peut vraiment se pencher sur les choses à partir du moment...

387 **C : Donc ce n'est pas quelque chose que tu ferais de prime abord directement dans ton évaluation au**
388 **final ?**

389 P3 : Ba en fait si, mais de manière détournée en première partie et après vraiment en deuxième partie plus
390 de manière à où on pose les choses et on va vraiment travailler sur la participation voilà.

391 **C : D'accord, est ce que tu aurais d'autres éléments du coup à me donner sur la façon dont tu vois la**
392 **mesure de la participation sociale ? S'il y a des questions que je ne t'ai pas posé, et qu'il y a des choses**
393 **qui te viennent ?**

394 P3 : Euh, je ne sais pas non, je ne crois pas. J'essaie de voir s'il y a d'autres choses que j'ai zappé. Si, ce qui
395 est important c'est de croiser avec les autres professionnels, on n'a pas trop parlé de pluridisciplinarité mais
396 euh là-dessus c'est super important parce que du coup on est une équipe sur le SAMSAH on est assez, enfin
397 il y a pleins de professionnels de corps de métier différents et comme on a une sensibilité et une approche
398 différente euh ça met aussi en avant les différences dans la participation sociale de la personne. Parce
399 qu'avec certains professionnels la personne va être plus impliquée et avec d'autres pas du tout. Du coup c'est
400 important de croiser les données avec d'autres professionnels.

401 **C : Et est-ce que quand vous en parlez-vous en parlez en terme de participation sociale ou pas avec**
402 **les autres professionnels ?**

403 P3 : C'est à dire, est ce qu'on emploie le mot ?

404 **C : Oui**

405 P3 : On ne parle pas forcément de participation sociale en elle-même, mais plus de sur des activités
406 précises, comment je te disais, sur voilà elle est pas allée au cinéma ou quelque chose comme ça. Comment
407 il agit avec son réseau autour de lui.

408 **C : Ok, et bien du coup on passe aux deux dernières questions. Pour toi qu'est-ce qu'on pourrait faire**
409 **pour que la mesure de la participation sociale se développe ?**

410 P3 : (Souffle) Euh qu'est-ce qu'on pourrait faire pour que la mesure se développe. Je pense déjà on pourrait
411 écrire un peu plus la définition mais que ce soit française et internationale en fait. Parce que la culture de la
412 personne je pense aussi que ça joue sur sa participation sociale, et justement de mettre notre façon de voir
413 en parallèle avec la façon de voir des personnes étrangères ça peut amener un regard différent qui va élargir
414 nos évaluations.

415 **C : Donc pour toi il faudrait que l'on ait une définition française ? C'est ça, je ne sais pas si j'ai bien**
416 **compris ?**

417 P3 : Déjà que l'on trouve un consensus un peu en France sur la définition et ce que cela engage et que quand
418 on fasse ça en fait on tienne compte de comment les autres personnes définissent aussi la participation
419 sociale pour pas se centrer que sur notre culture française et avoir un peu un point de vue plus large de la
420 participation sociale en général. Parce que chez nous et au fin fond de l'Afrique je pense que ce n'est pas la
421 même partout. Et comme on est amené à croiser régulièrement des gens qui viennent d'ailleurs c'est
422 important d'avoir les représentations sociales aussi des autres personnes en tête.

423 **C : Ok**

424 P3 : C'était quoi la question déjà ? (rire)

425 **C : Qu'est-ce qu'il faudrait faire pour que la mesure se développe de la participation sociale ?**
426 P3 : Et après ouai, il faudrait définir un peu des, pas des critères spécifiques mais un peu des comment on
427 dit ça
428 **C : Des catégories ?**
429 P3 : Non plus des un peu des repères sur enfin, différents repères sur comment décomposer la participation
430 sociale pour balayer un peu toutes les sphères, en ayant un aperçu global sans trop se centrer du coup sur
431 qu'un élément et ...
432 **C : Ouai d'accord, savoir quels critères spécifiquement évaluer. Est ce qu'il y a d'autres choses du**
433 **coup qui te viennent ?**
434 P3 : Euh non.
435 **C : Alors du coup dernière question pour toi comment est-ce qu'on pourrait faciliter le passage des**
436 **concepts théoriques dans la pratique ? Pas forcément que la participation sociale, mais de manière**
437 **générale ?**
438 P3 : Euh déjà sensibiliser tous les corps de métier à cette notion là parce que enfin moi je vois dans l'équipe
439 avec les éducateurs c'est très social il n'y a pas de soucis, pareil assistantes sociales elles ont un peu cette notion
440 parce qu'il y a tout ce qui est droits sociaux etc qui engendre, donc elles ont un peu un aperçu rapide, mais
441 après elles pourraient développer plus la mise en situation concrète. Avec la neuropsychologie qu'on a maintenant,
442 elle elle s'intéresse justement sur l'extérieur, donc on arrive aussi à avoir cette discussion de participation
443 sociale, mais je pense que c'est aussi un peu une spécificité de notre service. Parce que par exemple je vois
444 en hôpital ba les infirmières, les médecins, les neuropsychologues c'est plus vraiment centré sur la séance qui se
445 déroule à l'hôpital, et le lien avec l'extérieur est pas forcément assuré parce que je pense tout simplement ils
446 ne sont pas à l'aise avec ces notions et quand les professionnels sont en difficulté forcément il ne va pas
447 aller s'aventurer sur ce terrain-là. Donc voilà donc en sensibilisant tous les corps de métier, même ceux qui
448 ne sont pas directement concernés par la problématique ça peut les aider parce qu'au final, ils sont
449 concernés toujours de manière indirecte par ça.
450 **C : Tu verrais d'autres choses sur comment faciliter ce passage de la théorie à la pratique ou pas ?**
451 P3 : Euh non.
452 **C : Bon c'est déjà pas mal !**
453 P3 : Enfin il y a sûrement d'autres choses à faire, mais là comme ça, j'ai épuisé toutes mes idées (rire).
454 **C : Pour terminer je te laisse juste remplir un rapide questionnaire, et puis merci d'avoir participé.**

Annexe 22 : Retranscription P4

1 **C : Est-ce que tu peux me décrire ce que tu vas être amenée à faire dans le cabinet dans lequel tu**
2 **travailles ? Tes missions ?**
3 P4 : Toutes les missions que je suis amenée à faire c'est ça ?
4 **C : Oui**
5 P4 : Euh, alors évaluation des troubles de l'apprentissage en particulier la dyspraxie et la dysgraphie, euh
6 évaluation de troubles neurologiques enfants ou adultes, euh évaluation de l'accessibilité de logement
7 enfants et adultes, évaluation de l'accessibilité scolaire, et expertise.
8 **C : Est-ce que tu vas être amenée à te déplacer fréquemment sur les lieux de vie de tes patients, est ce**
9 **que tu peux quantifier ça ?**
10 P4 : Euh globalement une fois par semaine on va dire. Enfin ça dépend, pour l'évaluation ou plus en
11 général ?
12 **C : Non en général**
13 P4 : D'accord ok.
14 **C : Comment tu vas établir ton plan d'intervention, tes objectifs avec tes patients ?**
15 P4 : Euh, d'abord en fonction, enfin en confrontant les résultats de l'évaluation et les attentes du patient et
16 de sa famille. Parce que les priorités ne sont pas toujours les priorités du patient.

17 **C : D'accord, donc au final je vais surtout m'intéresser à l'évaluation, et surtout à l'évaluation des**
18 **occupations, est ce que toi tu fais une différence entre activité et occupation ? Parce que dans la suite**
19 **de mon entretien je vais utiliser le terme d'occupation.**
20 P4 : Euh, pour moi la différence, euh non je fais pas vraiment de différence.
21 **C : D'accord, je vais donc te dire du coup moi comment je considère la chose. En fait l'occupation ça**
22 **va être un ensemble d'activités et les activités ça va être le faire de l'occupation, donc ce que tu peux**
23 **observer, les comportements, les tâches de tes patients. L'occupation s'est plus global, parce que l'on**
24 **va avoir ce faire de l'activité mais aussi toute la réflexion qu'il y a avant de faire cette occupation,**
25 **donc pourquoi est-ce que le patient fait cette occupation etc ... Et quand tu vas t'intéresser aux**
26 **occupations de tes patients qu'est-ce que tu vas chercher à savoir ?**
27 P4 : Euh alors en évaluation ?
28 **C : Oui**
29 P4 : Euh chercher à savoir déjà si physiquement la réalisation de l'occupation est possible. Euh, enfin sur le
30 plan moteur on va dire. Ensuite sur le plan cognitif euh, ensuite si matériellement tout est en place pour que
31 cela le soit. Si familialement l'occupation est acceptée ou pas, euh, ouai on va dire ça à peu près. Et ensuite
32 je me pose la question du reste de l'environnement social on va dire.
33 **C : D'accord, est ce qu'il y a des occupations particulières auxquelles tu t'intéresses plus que d'autres**
34 **ou pas ?**
35 P4 : Euh ça dépend du contexte mais forcément oui, parce que si je suis sur une évaluation d'adulte par
36 exemple, je me poserais plus la question des tâches de vie quotidienne comme le ménage les choses comme
37 ça que s'il s'agit d'un enfant. S'il s'agit d'un enfant, je me poserais plus la question du jeu.
38 **C : D'accord ok. Et parfois pendant l'évaluation on peut évoquer les rôles sociaux est ce que toi c'est**
39 **quelque chose à laquelle tu es attentive ?**
40 P4 : Oui, surtout. Enfin j'allais dire surtout quand il s'agit d'adultes mais en fait non. Parce que avec les
41 enfants, je suis peut-être moins attentive aux rôles sociaux propres d'un enfant que aux rôles sociaux des
42 adultes qui sont autour.
43 **C : Et à quels rôles tu vas t'intéresser ?**
44 P4 : Euh, encore une fois ça dépend. Ça dépend aux rôles familiaux j'ai envie de dire, tout ce qui va être
45 père, mère, etc. Euh aux rôles familiaux, mais après familial élargit parce que ça peut être autour de qui
46 prend les décisions dans la famille des choses comme ça, qui est le soutenant familial principal, enfin voilà,
47 quand il s'agit d'adultes il y a quand même ça qui rentre en jeu. Euh et après quand c'est les enfants c'est
48 plus des interactions fraternelles, et les interactions enfin les rôles dans la classe, par exemple est ce que cet
49 enfant est le moteur de la classe ou pas, est ce qu'il est plutôt en retrait, euh est ce que c'est le vilain petit
50 canard de la classe parce qu'il se positionne mal ou pas, euh dans les loisirs, pareil. Euh voilà.
51 **C : Alors maintenant je vais te donner 6 notions au fur et à mesure, il va falloir que tu me dises si tu**
52 **les évalues systématiquement ou pas. Est-ce que la fréquence de réalisation des occupations tu le fais**
53 **de façon systématique ?**
54 P4 : Fréquence de réalisation des occupations, systématique, euh non.
55 **C : D'accord, le degré de satisfaction lié à la réalisation de l'occupation ?**
56 P4 : Oui
57 **C : L'importance lié à la réalisation de l'occupation ?**
58 P4 : Oui
59 **C : Le choix de l'occupation ?**
60 P4 : Non
61 **C : Le degré de réalisation de l'occupation ?**
62 P4 : Oui
63 **C : L'aide pour la réalisation de l'occupation ?**
64 P4 : Oui
65 **C : Alors, du coup le concept de participation sociale c'est quelque chose qui est assez émergent en**
66 **France, est ce que toi tu vas l'évaluer ?**
67 P4 : Euh, pas de façon systématique.
68 **C : Alors on passe à la deuxième partie. Avant que je fasse mon entretien, est ce que la participation**
69 **sociale c'est quelque chose dont tu avais déjà entendu parlé ?**

70 P4 : Euh, en terme de concept non. Non c'est pas ça c'est pas vrai. J'en ai entendu parlé, mais je ne sais pas
71 à quoi ça se référence clairement, euh parce que je ne suis pas allée voir ce qu'il y avait derrière.

72 **C : D'accord, est ce que tu pourrais te souvenir dans quel contexte tu en as entendu parlé ?**

73 P4 : Euh en lisant, des articles sur, parce que ça m'intéressais, je cherchais des trucs sur le comment dire, la
74 place de la culture, voilà. Donc c'est par ce biais-là.

75 **C : D'accord, et est-ce que ça c'était il y a longtemps ou pas ? Si tu pouvais me donner, plus de 6**
76 **mois, moins de 6 mois ?**

77 P4 : C'était il y a plus de 6 mois, oui, mais un an grand maximum.

78 **C : Ok, même si tu ne vois pas trop ce que c'est que la participation sociale d'après toi qu'est-ce que**
79 **tu pourrais m'en dire si tu avais une définition à me donner ?**

80 P4 : Alors si j'avais une définition à donner euh qu'est-ce que je mettrais dans participation sociale. Euh
81 l'apport que l'individu, la contribution que l'individu apporte dans la société, que ce soit sur le plan
82 professionnel, sur le plan des loisirs, ou enfin de toutes les interactions sociales.

83 **C : Oui, tu n'es pas loin, je vais te donner celle que j'utilise pour mon mémoire. C'est l'engagement**
84 **par l'activité dans des situations de vie socialement contextualisées. Donc en fait tu es dedans, c'est**
85 **comment l'individu va s'impliquer dans la société. Et cette implication va se faire par l'intermédiaire**
86 **des occupations et des rôles sociaux. Et pour toi est ce que ce concept va avoir un intérêt en**
87 **ergothérapie ?**

88 P4 : Euh oui clairement parce que on est quand même au cœur de l'occupation j'ai envie de dire, au cœur
89 des interactions sociales donc oui.

90 **C : Tout à l'heure tu m'as dit que tu ne t'étais pas vraiment documenté sur ce sujet-là, pourquoi ?**
91 **est-ce que c'est parce que tu n'as pas eu le temps ou... ?**

92 P4 : Parce que je n'ai pas eu le temps et que j'avoue que je suis une empiriste plus que textuelle. Donc en
93 fait, moi je travaille beaucoup au feeling, et à ce que je pense et je ressens et tout ça et je vais moins
94 chercher dans les textes. Je n'aime pas les concepts.

95 **C : D'accord (rire). On va passer à la dernière partie, quand tu mesures la participation sociale à**
96 **quoi est-ce que tu vas t'intéresser ?**

97 P4 : Euh, et ben je vais m'intéresser à l'importance que la personne accorde à l'occupation qu'elle, que je
98 vais évaluer et comment dire. Si possible, parce que c'est quand même assez rare que l'on puisse avoir le
99 retour de l'environnement, et si possible le retour que l'environnement social peut avoir de l'engagement de
100 cette personne. Voilà, en terme de réalisation, d'efficacité, de satisfaction voilà.

101 **C : Et quand tu vas évaluer les rôles sociaux ou les occupations de tes patients qu'est-ce que tu vas**
102 **utiliser comme support ? Est-ce que tu utilises un questionnaire, un entretien, des outils**
103 **standardisés ?**

104 P4 : Alors surtout un entretien ou un questionnaire.

105 **C : D'accord, et est-ce que tu connais des outils qui permettraient de mesurer ou d'évaluer des**
106 **occupations ?**

107 P4 : Alors il y a pas longtemps j'ai vu passer un truc qui s'appelle le je sais pas quoi behaviour je ne sais
108 pas quoi. Euh enfin voilà un nom en anglais, qui justement mesurerait la participation sociale. Euh, mais je ne
109 sais plus son nom, j'ai vu passer ça deux fois. A la fois dans une présentation et j'ai vu passer ça dans un
110 bilan qui avait été fait par le centre autistique d'évaluation. Donc j'ai vu le résultat voilà.

111 **C : ok, et pourquoi est-ce que tu préfères utiliser un entretien plutôt qu'un outil par exemple ?**

112 P4 : Parce que encore une fois, je trouve que les outils standardisés je trouve que ça nous enferme dans des
113 cadres et dans des cases, et que je refuse d'enfermer mes patients dans une case ou dans un cadre. Donc
114 voilà.

115 **C : Est-ce que tu connais des outils qui permettent de mesurer la participation sociale ?**

116 P4 : Non. Je peux pas dire que j'en connais, mais comme je te disais tout à l'heure, j'ai vu passer des trucs,
117 j'ai vu qu'il y avait des tests, j'ai regardé vite fait, mais je ne suis pas allée plus loin.

118 **C : D'accord, selon toi c'est quoi les obstacles ou les difficultés pour mesurer la participation sociale**
119 **de quelqu'un ?**

120 P4 : Euh, les obstacles, tout dépend de l'outil que l'on utilise, et des possibilités d'évaluation. C'est-à-dire
121 pour faire une vraie évaluation de participation sociale il faudrait être en mesure d'évaluer les occupations
122 en milieu écologique dans le milieu écologique habituel j'ai envie de dire. Donc si on parle d'occupations

123 de vie quotidienne, ça ça sera moins compliqué puisqu'il suffit de mettre la personne en situation à son
124 domicile et voilà ; et encore c'est un peu biaisé parce que ce que la personne va essayer de faire ou ne pas
125 essayer de faire par rapport au fait que l'on soit présent ou pas, c'est assez différent. Cela dit, pour moi la
126 limite c'est l'occupation professionnelle ou scolaire, c'est l'occupation loisirs, parce que ça par contre c'est
127 beaucoup plus difficile de faire ces évaluations là en milieu écologique.

128 **C : Donc pour toi, si un jour il y a quelqu'un qui te demande de mesurer la participation sociale d'un**
129 **patient tu verrais ces éléments là ou d'autres difficultés ?**

130 P4 : Euh, forcément oui, mais alors quoi. Enfin il faut quand même que la communication soit claire entre
131 l'évaluateur et le patient. Donc à partir du moment où on est face à un individu qui ne parle pas oralement,
132 on a déjà une limite, une première. Et après ça dépend des raisons de son absence d'oralité, si la personne
133 elle peut communiquer par écrit c'est déjà pas mal, si elle peut pas, il faut déjà engager la langue des signes,
134 moi je ne la parle pas, donc c'est une limite. Si on est face à un autiste sévère et que là on est dans de la non
135 communication parce qu'il n'y a pas d'outil de communication mis en place euh ba du coup la mesure de la
136 participation sociale réelle ça me semble compliqué parce que comment mesurer la part d'implication de
137 l'individu, le ressenti de l'environnement c'est une chose moi je pense que ça ne serait pas compliqué du
138 coup, mais l'engagement de l'individu ça me paraît plus compliqué.

139 **C : D'accord, est ce que tu as d'autres éléments ou pas ?**

140 P4 : Euh la psychiatrie clairement. Si tu es face à un patient qui est déjà dans une relation faussée à toi, par
141 exemple les individus, la participation sociale chez un pervers euh ou chez un schizo, ou enfin par définition
142 un patient psychiatrique lambda et déjà dans une relation qui est un peu faussée parce qu'il essaie d'obtenir
143 quelque chose dans cette relation qui est très biaisée. Euh, donc ça veut dire que il faut être capable de faire
144 la part des choses entre le réel de la société, le réel pour l'individu, euh et enfin le réel de ce qu'il veut te
145 faire croire, le réel de ce qu'il se passe réellement...

146 **C : Enfin pour toi ce qui est compliqué de mesurer là-dedans c'est l'engagement ?**

147 P4 : Oui, moi je pense que le plus compliqué à mesurer c'est l'engagement quand même.

148 **C : On va passer aux deux dernières questions, pour toi qu'est-ce que l'on pourrait faire pour que la**
149 **mesure de la participation sociale se développe ?**

150 P4 : Euh, montrer l'intérêt euh une fois que c'est évalué bon ba c'est évalué, mais comment agir ? donc,
151 montrer l'intérêt que l'évaluation a sur des actions que l'on peut mener derrière. Une fois que l'on a montré
152 l'intérêt de ça je pense que du coup, ça peut devenir très clair que c'est indispensable de la mesurer. Mais
153 encore faut-il que l'on puisse avoir une action de cette évaluation qui permettra d'agir sur quelque chose.

154 **C : D'accord, parce que toi du coup tu ne vois pas trop comment tu pourrais agir dessus ?**

155 P4 : Pas toujours.

156 **C : Dernière question, selon toi, comment est-ce que l'on pourrait faciliter le passage de concepts**
157 **théoriques en pratique ? Pas forcément sur la participation sociale, mais en général, comment est-ce**
158 **que l'on pourrait faire ?**

159 P4 : Oula, alors là c'est pas la bonne personne à qui il faut poser cette question parce que justement (rire).

160 **C : Qu'est ce qui aurait pu t'aider toi à faire ce lien-là ? Ou c'est quoi qui te gêne véritablement dans**
161 **la théorie qui fait que tu as du mal à l'appliquer en pratique, même si au final tu l'appliques**
162 **certainement de façon inconsciente ?**

163 P4 : Parce que pour moi ce n'est que de la théorie. C'est ça en fait pour moi la théorie ça a quelque chose
164 d'irréel. D'irréel et de totalement déconnecté de la pratique. Euh, donc conceptualiser quelque chose
165 pourquoi pas, mais en fait pour moi c'est juste, pardonne-moi le terme, mais c'est de la masturbation
166 cérébrale (rire), on met des mots derrière ce que l'on essaie de faire, ok, mais concrètement, pfoou.

167 **C : Ok, ça ne te parle pas en fait ?**

168 P4 : Ça ne me parle pas, pour moi ce qui me parle c'est euh c'est les faits, c'est le terrain, c'est l'interaction
169 que j'ai avec l'individu, et qui va découler de ça.

170 **C : Ok, est-ce que par rapport à tout ce que l'on vient de dire, par rapport à la participation sociale,**
171 **son évaluation tu aurais des choses à rajouter ou pas ?**

172 P4 : Euh, oui j'aurais des choses à rajouter, quelle est la part de, quelle serait la part de l'implication
173 culturelle dans tout ça ? Parce que justement si l'on parle d'engagement et de participation sociale et ben
174 c'est quelque chose qui va être très différent et en perception et en engagement en fonction de la culture de
175 la personne. Euh, d'une personne, enfin par exemple un maghrébin n'aura pas du tout ni la même

176 perception ni le même engagement autour du travail que un africain, que un tchèque, un asiatique ou un
177 Européen. Et ça c'est absolument absent de toute grille d'évaluation pour l'instant.
178 **C : Parce que pour toi cela voudrait dire en fait que si par exemple on a un outil cela ne prend pas en**
179 **compte les spécificités culturelles ?**
180 P4 : Oui, ça ne prend pas en compte les spécificités culturelles. Or, il me semble que les spécificités
181 culturelles c'est ce qui peut permettre de comprendre les interactions que les individus ont entre eux et avec
182 les autres. Enfin cela vient peut-être du fait que je viens d'une culture différente et du coup chaque fois, je
183 me heurte à la standardisation Européenne globale. Mais voilà, en tout cas ça me paraît aberrant de ne pas
184 en tenir compte.
185 **C : D'accord ok, est ce que tu verrais d'autres choses par rapport à ça ?**
186 P4 : Euh, non. Ba après c'est plus parce que je n'ai pas mis le nez dans les échelles, bon après le concept en
187 soi voilà, après je me demande à quelle fin on tient compte de la différence comme ça par exemple, euh
188 dans les grilles d'évaluation.
189 **C : Ok, et bien si tu n'as plus rien à ajouter on a fini, merci beaucoup pour ta participation.**
190 P4 : Et bien écoute, de rien.

Annexe 23 : Retranscription P5

1 **C : Est-ce que vous pourriez me décrire vos missions en tant qu'ergothérapeute au sein de l'hôpital,**
2 **qu'est-ce que vous êtes amenée à faire ?**
3 P5 : Euh mes missions... Euh ba je suis amenée à ... euh les missions. que dire comme ça ... euh, ba c'est
4 prendre en charge des patients, dans le but de -- de les stimuler, de faire travailler tout ce qui est capacité
5 cognitive, leurs capacités cognitives, euh-----
6 **C : Qu'est-ce que vous êtes amenée à faire que ce soit au sein de l'hôpital ou du CMP ?**
7 P5 : Le travail en équipe, de partager des informations avec l'équipe, euh, les infirmières, les médecins, sur
8 le patient évidemment, euh recueillir les données, faire un entretien ergothérapeutique avec le patient lors de sa
9 venue, donc il y a l'entretien après la prise en charge faire une évaluation de son intégration dans le groupe
10 au sein de la structure, euh prendre en compte aussi les événements extérieurs, l'environnement du patient,
11 euh voilà. Je ne fais pas beaucoup de bilans, mais on peut être amené à faire des bilans sur les fonctions
12 supérieures, notamment pour ceux qui ont des troubles de la mémoire. Moi j'en fais de moins en moins car
13 il n'y a pas de demandes. Euh, mes missions sont aussi de former les stagiaires. Après on est organisé au
14 sein d'un collègue au sein de l'hôpital, donc nos réunions ont pour but dans un premier temps de gérer tout ce
15 qui est organisation des stagiaires et puis après d'échanger sur nos pratiques voilà. Sur nos lectures voilà,
16 nous mettre un peu aussi au courant de ce qu'il se passe, au sein soit des décrets des choses comme ça voilà.
17 **C : Est-ce que vous êtes amenés à vous déplacer régulièrement sur les lieux de vie des patients ?**
18 P5 : Alors moi non. Je ne me déplace jamais. Euh c'est vrai que c'est quelque chose il faut un peu batailler
19 aussi à l'hôpital, euh il y a une ... ça commence à s'ouvrir en fait. Euh, alors bon moi je ne l'ai pas fait car je
20 n'ai pas eu la nécessité, mais j'ai des collègues, qui notamment une collègue en hôpital de jour en
21 gérontopsychiatrie qui fait des visites à domicile. J'ai une autre collègue ça lui est arrivé d'en faire une,
22 voilà. Mais c'est tout petit, parce que voilà ça à l'air d'être quelque chose d'assez privilégié aux infirmières et
23 j'ai d'autres collègues qui ont essayé dans d'autres structures qui seraient plus de réinsertion, mais ça reste
24 compliqué, c'est pas facile.
25 **C : Ok, quand vous allez établir votre plan d'intervention, vos objectifs avec vos patients, sur quoi**
26 **allez-vous les baser ?**
27 P5 : Mes objectifs vont être basés sur déjà la demande du patient, de qui émane cette demande, c'est
28 toujours important de savoir si elle émane du médecin ou du patient. Après, lui voir un petit peu s'il a une

29 demande. Euh, s'il y a une demande il y a peut-être une envie, voilà. Après moi je vais un petit peu cerner
30 les difficultés, et les capacités du patient, voir vers quoi je vais m'orienter, si c'est plus dans un cadre de
31 réassurance, de confiance en soi, ou pour plutôt cadrer si c'est quelqu'un qui est plutôt agité. Donc après de
32 là découle les types de prises en charge : individuelles, en groupe, si on a affaire plutôt à une personne
33 névrotique ou psychotique, euh s'il y a plutôt un problème relationnel, donc voilà. En général à l'entretien je
34 définis l'objectif avec le patient.

35 **C : D'accord donc au final vos objectifs découlent de l'évaluation ?**

36 P5 : Oui.

37 **C : Et moi je vais plutôt dans mon entretien m'intéresser à l'évaluation des occupations, avant qu'on**
38 **parle de ça, car je vais utiliser le mot occupation dans toute la suite de l'entretien est ce que vous**
39 **faites la différence entre activité et occupation ?**

40 P5 : Ba l'occupation pour moi c'est tout ce qui concerne aussi les loisirs et la vie quotidienne. C'est euh pas
41 que l'activité, c'est ses centres d'intérêts, ce qu'il peut faire à l'extérieur, c'est ça le côté occupation pour moi.

42 **C : D'accord, moi dans mon mémoire l'occupation ça va être un ensemble d'activités qui ont une**
43 **valeur pour l'individu et la société. Et l'activité en fait ça va être que le faire de l'occupation.**
44 **L'occupation c'est plus vaste. Et quand vous vous intéressez aux occupations de vos patients à quoi**
45 **faites vous attention ? Qu'est-ce que vous allez chercher comme données ?**

46 P5 : Je vais prendre en compte l'environnement du patient. euh, déjà la situation familiale, son entourage
47 relationnel aussi, sur quoi je peux m'appuyer. Si lui il a ses occupations, ses loisirs, à quoi il s'intéresse. Et
48 puis, si éventuellement il y a aussi un projet si la personne travaille, a travaillé, ou est en recherche de
49 travail.

50 **C : D'accord et quand vous allez évaluer les occupations sur quels critères vous allez-vous baser ?**
51 **Est-ce que vous vous intéressez si l'occupation peut être faite, est ce que vous avez des critères comme**
52 **ça en tête ?**

53 P5 : Euh, non je n'ai pas de critère.

54 **C : Quand vous parlez des occupations avec votre patient, qu'est-ce que vous cherchez à savoir ?**

55 P5 : Savoir un petit peu à savoir quels sont ses centres d'intérêts, qu'est-ce qu'il mobilise, qu'est-ce qu'il peut
56 mobiliser. Euh, et puis voir aussi un petit peu si c'est quelqu'un qui est capable d'élaborer, qui s'intéresse à
57 voilà à l'environnement extérieur, à l'actualité, et ou plutôt quelqu'un qui est démuné euh voilà. Un peu voir
58 son environnement aussi, s'il sort s'il ne sort pas.

59 **C : Donc en gros s'il est capable de réaliser l'occupation ou pas ?**

60 P5 : Oui aussi, voir un peu ses capacités même dans l'entretien un petit peu de d'ouverture, d'adaptabilité
61 peut être à des matériaux différents, à voilà, voir un petit peu son niveau aussi, pour savoir par où je vais
62 commencer.

63 **C : Et parfois on peut évoquer les rôles sociaux pendant l'entretien est ce quelque chose à auquel vous**
64 **êtes attentive ?**

65 P5 : Euh les rôles sociaux c'est à dire .. euh...

66 **C : Des patients, donc ça peut être son rôle social au sein de sa famille, dans son travail...**

67 P5 : Oui, oui c'est important de savoir un peu la situation familiale, après en effet voir si une mère est en
68 bonne relation avec ses enfants, ou pas en bonne relation, comment elle est vue. Il y a pleins de choses, le
69 ressenti par rapport au mari, est ce que cela se passe bien dans la vie conjugale, par rapport aux enfants, un
70 peu sa place au sein de la structure familiale oui c'est important.

71 **C : Est ce qu'il y a d'autres rôles que les rôles familiaux auxquels vous vous intéressez ?**

72 P5 : Ba ça peut être dans la vie professionnelle aussi, ou est-ce que la personne dans son travail, si elle a un
73 niveau cadre c'est plutôt quelqu'un qui est plutôt investie qui a une fonction voilà, euh d'organisatrice, donc
74 on va sans doute, gestionnaire ou je ne sais pas quoi ça dépend. Entre quelqu'un qui se retrouve à faire des
75 ménages et quelqu'un qui est cadre dans une caisse de retraite comme on a vu récemment bon on peut voilà,
76 c'est toujours un parcours un peu différent. Il faut en prendre compte.

77 **C : Alors je vais vous donner maintenant 6 notions, il va falloir que vous me disiez celles que vous**
78 **évaluez de façon systématique quand vous vous intéressez aux occupations de vos patients. Si ce n'est**
79 **pas clair vous pouvez me demander.**

80 P5 : Donc l'occupation on est d'accord ce n'est pas que l'activité ?

81 **C : Oui, là je ne m'intéresse qu'à l'occupation.**

82 P5 : Choix de l'occupation quand même, je peux en mettre plusieurs ?
83 **C : Oui oui**
84 P5 : Donc ba évidemment, le choix de l'occupation quand même, pour voir si la personne va plutôt aller
85 vers des activités physiques ou plutôt sport, donc si c'est plutôt sport je peux me dire que le corps est quand
86 même important. Si l'occupation est plutôt la lecture, les mots fléchés, on est plutôt sur quelque chose, de
87 plus sur des capacités intellectuelles. Après aussi voir le choix de l'occupation si elle est seule aussi, ou si
88 elle est avec d'autres personnes, donc ça va de l'association, avec des amis, ou seule. Voir si elle sort cette
89 personne. Donc choix de l'occupation quand même ça donne une idée pour moi de la personne, et puis là je
90 la vois dans son environnement extérieur, comment je l'imagine avant d'être dans l'atelier, c'est important.
91 Après donc après je vais revenir un peu dans l'atelier, donc là ce qui est important c'est le degré de
92 satisfaction lié à la réalisation de l'occupation. Je mesure tout de suite si la personne est capable d'émettre
93 une expression, d'exprimer sa satisfaction ou son insatisfaction. Donc c'est important. Voilà, après on va
94 avoir les difficultés et aussi voir l'aide pour la réalisation des occupations c'est voir, mesurer l'autonomie de
95 la personne, voir si elle est capable de choisir toute seule et de faire toute seule.
96 **C : D'accord très bien, alors la participation sociale on va dire que c'est quelque chose qui est assez**
97 **émérgent en France comme concept est ce que c'est quelque chose que vous allez évaluer ?**
98 P5 : Euh la participation sociale, c'est à dire
99 **C : Alors je ne peux pas vous donner la définition tout de suite (rire)**
100 P5 : Alors quelque chose que je vais évaluer, alors je vais sans doute le prendre en compte évidemment.
101 Après je n'ai pas de critère d'évaluation.
102 **C : D'accord ok, est ce que vous avez d'autres éléments à rajouter sur l'évaluation des occupations**
103 **avant qu'on passe à la deuxième partie ?**
104 P5 : Non comme ça ça ne me vient pas.
105 **C : Alors avant que je fasse mon entretien, est ce que la participation sociale c'est quelque chose dont**
106 **vous aviez déjà entendu parlé ?**
107 P5 : Non
108 **C : D'accord, euh en formation dans des colloques ça ne vous dit rien du tout ?**
109 P5 : Non.
110 **C : Ok, si vous aviez une définition à me donner avec vos propres mots qu'est-ce que vous pourriez**
111 **m'en dire ?**
112 P5 : La participation sociale, alors... en tant qu'ergothérapeute----- euh et ben c'est peut-être justement
113 intervenir plus près du patient dans ses activités extérieures, en dehors de la structure, donc peut être plus
114 aller à domicile voir comment la personne vit au quotidien, ça peut être de l'agencement de son appartement
115 pour voir un petit peu son degré d'autonomie quotidienne dans la cuisine par exemple, et après évaluer aussi
116 peut être la personne quand elle sort à l'extérieur. Parce que j'ai déjà eu ça par contre je suis en train de me
117 dire que j'ai déjà accompagné des patients pour prendre le tramway, parce que cela leur faisait peur. Donc
118 en démarche on a quand même ça, voir avec eux les trajets par exemple pour aller à tel endroit, euh ça
119 pourrait peut-être aussi un accompagnement pour aller vers des structures comme l'ANPE, pour rechercher
120 du travail pourquoi pas. Pour moi c'est ça, et puis aussi j'ai déjà fait accompagner les patients dans des
121 structures en dehors, autre que celle du soin de l'hôpital, je pensais aux GEM, un petit peu ouvrir vers
122 d'autres structures.
123 **C : D'accord, je vais vous donner celle que j'utilise pour mon mémoire : donc c'est l'engagement par**
124 **l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées. Donc en gros c'est comment la**
125 **personne va pouvoir s'impliquer dans la société sachant que cette implication ça va passer par ses**
126 **rôles sociaux et ses occupations. Et pour vous est ce que ce concept-là aurait un intérêt en**
127 **ergothérapie ? Si oui lequel ? Si non pourquoi ?**
128 P5 : Alors moi je pense que c'est très intéressant, à un moment donné je pense que j'ai, mais je n'ai pas
129 creusé. Mais j'avais ce besoin-là, car j'avais un peu fait des recherches sur Chenôve de toutes les structures
130 qui pouvaient se trouver, les associations qu'il y avait sur Chenôve, donc il y avait des associations qui
131 permettaient de faire la cuisine à des femmes comme il y a beaucoup une population un peu diversifiée, ce
132 n'était pas inintéressant, il y avait une école de musique, un groupe de théâtre, donc je trouve et que de
133 conduire un peu les patients vers cette, un peu les accompagner vers ça, plutôt vers l'extérieur, je trouve que
134 c'est vraiment intéressant. Je pense qu'en effet c'est en effet intéressant de les accompagner, parce que c'est

135 toujours un peu difficile pour eux. Après ça peut aussi ce faire dans le cadre d'une évaluation c'est à dire
136 quand on sent que le patient est de plus en plus autonome, et puis justement on veut qu'il s'ouvre sur
137 l'extérieur. J'ai une patiente en fait comme ça, je dis que je fais pas mais euh, que j'ai sollicité, invité à aller
138 au GEM. Bon elle elle pouvait le faire, mais c'est vrai que c'est quand même moi qui lui ai parlé de la
139 structure qui l'ai un petit peu poussée parce que je ne voulais pas justement qu'elle reste trop longtemps dans
140 un cadre de soin, parce que je pensais qu'elle n'en n'avait plus besoin.

141 **C : D'accord, et vous m'aviez dit que vous vous étiez un peu renseigné sur le sujet mais que vous**
142 **n'aviez pas trop creusé, pourquoi ? Par manque de temps... ?**

143 P5 : Par manque peut-être de justement de support dans tous les cas je n'ai pas trouvé, que j'étais un petit
144 peu seule et que en effet ça prend quand même un petit peu de temps. Et puis c'est surtout peut-être que
145 j'aurais eu la personne à l'époque, voilà je sentais qu'il y avait un besoin mais, je n'avais peut-être pas
146 l'exemple sous la main, donc je ne savais pas trop. Dans un premier temps voilà, c'était déjà juste me rendre
147 compte de ce qu'il pouvait y avoir au niveau associatif sur la ville.

148 **C : Et c'était à peu près il y a combien de temps ça ?**

149 P5 : Euh il y a un an

150 **C : Et si vous saviez finalement que ce qu'on appelle participation sociale c'était un peu ça, est ce que**
151 **cela vous aurait aidé à trouver un peu plus de choses ou pas ?**

152 P5 : Euh, ba j'aurais bien aimé, mais pas toute seule quoi. En fait c'est ça. C'est que je trouvais que c'était
153 quand même quelque chose qui demande réflexion, un peu à creuser, donc je ne voulais pas le faire à la va
154 vite. Et pour moi voilà, c'était un petit peu savoir où j'allais et il se trouve que là il fallait du temps, et je
155 trouve que ça aurait été bien d'être avec une autre personne pour pouvoir échanger. Toute seule, bon voilà je
156 ne m'y suis pas coltinée, mais j'aurais pu mais bon.

157 **C : D'accord, donc on passe à la dernière partie, est ce que vous avez des choses à rajouter sur ce**
158 **concept là ou pas ? Et bien allez, on passe à la dernière partie. Si vous aviez à mesurer la**
159 **participation sociale d'une personne qu'est-ce que vous chercheriez à savoir ?**

160 P5 : Euh, déjà sa motivation, après est ce que dans le temps, est ce qu'elle est capable de tenir. Et puis, oui,
161 est ce que cela lui permet de je ne sais pas, sa participation, le fait que cela lui apporte quelque chose et
162 voilà quoi. Est-ce que l'on va vers l'autonomie et vers quelque chose de plus normatif on va dire, s'insérer
163 socialement, et ça serait bien pour elle quand même.

164 **C : Donc vous essayeriez de voir comment elle est insérée socialement ?**

165 P5 : Oui, j'aimerais bien voir, voilà si c'est une ouverture pour elle quoi, si c'est quelque chose de positif.

166 **C : Et comment est-ce que vous essayeriez de voir comment elle est insérée socialement ?**

167 P5 : Peut-être en restant un peu en contact ça demande ça, ça demande peut-être un bilan au bout de 6 mois
168 prendre des nouvelles pour voir comment la personne gère un peu son environnement quoi, de maintenir le
169 lien on va dire.

170 **C : Quand vous allez évaluer soit les rôles sociaux, soit les occupations de vos patients, qu'est-ce que**
171 **vous allez utiliser comme support ? Est-ce que vous utilisez des outils standardisés ? un entretien ?**
172 **des questionnaires ? Sur quoi est-ce que vous vous basez ?**

173 P5 : Euh, un entretien.

174 **C : Et est-ce que vous utilisez des outils qui permettent d'évaluer les occupations ?**

175 P5 : Oui. On a une collègue qui a fait un stage en Suisse et qui a eu des choses très intéressantes, j'ai essayé
176 de (va chercher le document) ; c'est ça ELADEB, et j'ai trouvé ça bien. Et c'est vrai que j'avais réfléchi aussi
177 pour quand j'ai réfléchi à ce côté-là, mais voilà ça me demandait un peu de temps, mais c'était intéressant,
178 vraiment j'ai trouvé ça bien. Parce que je trouvais que ce qui était intéressant c'était le patient qui décidait,
179 qui disait. Alors que nous on a souvent des envies pour le patient et on se donne des choses, mais en fait là
180 euh par le biais des petits papiers qu'il choisit le choix est de plus en plus. Et ce qui était peut-être important
181 pour lui ne l'est pas pour nous et vice versa. Et ça j'ai trouvé que c'était bien. Et ça c'est à creuser, ça sera un
182 travail à faire ça.

183 **C : Et actuellement pourquoi vous utilisez plus l'entretien ?**

184 P5 : Euh, ba parce que peut-être parce que ça c'est quelqu'un qui me la rapporté euh, que je préférerais être
185 formée avant d'utiliser cet outil. Je manque, voilà je trouve que c'est mieux.

186 **C : Mais en pratique du coup vous préféreriez utiliser cet outil-là que ...**

187 P5 : Je trouve que c'est un outil intéressant si on est dans l'optique un peu de s'intéresser en dehors de
188 l'activité qu'on fait, mais plus vers cette participation sociale, je trouvais que c'était un outil qui était
189 intéressant.

190 **C : Ok. Est-ce que vous connaissez des outils, ou des questionnaires, des évaluations qui permettent**
191 **de mesurer la participation sociale ?**

192 P5 : Non.

193 **C : Ok, alors, pour vous, ça serait quoi les obstacles ou les difficultés pour mesurer cette participation**
194 **sociale ?**

195 P5 : Et ben, le patient s'il ne veut pas voilà. Ça c'est un premier obstacle, c'est un travail avec le patient je
196 suppose, il faut qu'il soit d'accord, euh après ça peut être aussi en effet, notre structure qui ne sont pas
197 toujours très ouverts. C'est à dire que dès que c'est un petit peu, c'est en effet il faut convaincre aussi, parce
198 que c'est avec ce genre de chose dès que l'on va vers l'extérieur vers le patient et tout c'est avec prescription
199 médicale, donc il faut convaincre le médecin. Il faut convaincre les partenaires avec qui on travaille, ça peut
200 être aussi bien l'assistante sociale, les infirmières, la cadre de la structure. Voilà ça ça peut être un obstacle.

201 **C : D'accord, parce que pour vous la mesure de la participation sociale ça va se faire en situation, sur**
202 **le milieu de vie ?**

203 P5 : Et oui

204 **C : C'est ça, d'accord, je n'étais pas sûre d'avoir compris.**

205 P5 : Oui je pense oui, ba oui. Ça demande de sortir de la structure oui.

206 **C : Est-ce que vous voyez d'autres obstacles ou pas ?**

207 P5 : -- Non j'ai l'accord de la structure, le patient est d'accord, je ne vois pas après, c'est des obstacles de la
208 vie quotidienne, je veux dire, ça peut être en effet, ça peut être l'obstacle que parfois, dans tous les cas en
209 pathologie mentale c'est peut-être que des fois c'est un peu stigmatisé et que c'est plutôt l'environnement qui
210 va freiner, les associations voilà. Ça serait plus ça l'obstacle ? Après évidemment on ne va pas emmener
211 non plus un patient complètement délirant, voilà. Ça serait plutôt quelqu'un qui justement peut s'intégrer
212 socialement qui a les moyens.

213 **C : Est ce que l'on aurait un intérêt à la mesurer cette participation sociale ?**

214 P5 : ba ça peut être quelque chose dans tous les cas c'est une vision positive de l'évolution d'un patient, donc
215 c'est toujours intéressant de se dire que voilà c'est possible. Car on a souvent, d'autant plus les rechutes,
216 mais voilà des fois ça fait du bien de se dire que le patient s'il s'en est sorti, même s'il peut y avoir une
217 rechute mais on s'appuie là-dessus.

218 **C : Donc pour vous ça permettrait de voir l'évolution du patient ?**

219 P5 : Oui.

220 **C : On passe aux deux dernières questions, pour vous qu'est-ce que l'on pourrait faire pour que la**
221 **mesure de la participation sociale se développe ?**

222 P5 : Et bien, je pense peut-être et ben peut être en effet, avoir les outils, le matériel pour, parce qu'une fois
223 qu'on après pour convaincre pourquoi pas. Moi justement ma difficulté, c'est que je ne savais pas trop où
224 aller, je sentais le besoin, en effet la nécessité, mais bon je n'ai pas pris le temps non plus, parce que je
225 pense que j'aurais pu trouver, mais je pense qu'il faut s'appuyer sur des écrits, sur des concepts et ça ça
226 convainc.

227 **C : Parce que pour vous finalement il y a une nécessité de convaincre l'institution que ce concept-là**
228 **est légitime pour le mesurer ?**

229 P5 : oui, tout à fait. Oui, oui.

230 **C : On passe à la dernière question, selon vous comment on pourrait faciliter le passage des concepts**
231 **théoriques en pratique ? Pas que sur la participation sociale, mais de façon générale, comment on**
232 **pourrait faciliter ce passage-là ?**

233 P5 : ---- Si on les utilise, en les utilisant, en les pratiquant. Et en effet à partir du moment où on peut
234 évaluer, c'est vrai qu'aujourd'hui on est quand même dans une société où il y a beaucoup d'évaluations
235 quand même, de comparaisons, donc après si on a des chiffres à l'appui c'est toujours bien, bien vu. Euh, ba
236 et puis ce qui est positif voilà c'est de pouvoir se dire que le patient n'a pas fait de rechutes, qu'il a pu sortir
237 de la structure, ou qu'il vient de moins en moins mais qu'il a investi l'extérieur, ça c'est bien. Ça peut être
238 aussi, et puis voilà une remobilisation en tout cas sur l'extérieur.

239 **C : Mais, qu'est ce qui pour vous faciliterait l'utilisation des concepts théoriques en pratique ? Parce**
240 **que des fois il y a toute cette théorie qui prend le dessus et on ne voit pas forcément comment...**
241 P5 : Ba peut être des outils assez simples d'utilisation, oui.
242 **C : Donc pour vous la compréhension des concepts, serait facilitée par l'utilisation des outils ?**
243 P5 : Oui, parce que c'est toujours. J'imagine que c'est comme un bilan les médecins de temps en temps
244 demandent un bilan, et bien là on peut avoir aussi un bilan justement voir un petit peu le degré de
245 participation sociale du patient, ça peut être intéressant en évaluation oui.
246 **C : D'accord, vous avez d'autres idées ?**
247 P5 : Non, mais c'est intéressant.
248 **C : D'accord, et bien on a fini alors, merci beaucoup d'avoir participé, je vous laisse juste finir de**
249 **remplir ce petit questionnaire.**

Annexe 24 : Retranscription P6

1 **C : Alors est ce que vous pourriez me décrire vos missions en tant qu'ergothérapeute au sein de la**
2 **structure dans laquelle vous travaillez ?**
3 P6 : Alors moi j'interviens dans un service de court séjour en SSR gériatrique, et donc les missions
4 principales sont d'évaluer les patients qui arrivent dans le service, de faire de la rééducation, de la
5 réadaptation et d'envisager la réinsertion dans leur milieu de vie ou l'accompagnement vers une structure
6 adaptée.
7 **C : D'accord. Est-ce que vous allez être amenée à vous déplacer fréquemment sur les lieux de vie des**
8 **patients ou pas ?**
9 P6 : Oui, je fais des visites à domicile assez régulièrement quand le contexte est particulier ou s'il y a eu une
10 modification telle qu'il faut envisager un aménagement comme un fauteuil roulant.
11 **C : Est-ce que vous pourriez quantifier ça à peu près ? Est-ce que cela va être plusieurs fois par**
12 **semaine, plutôt dans le mois ?**
13 P6 : Oui, alors c'est fluctuant d'années en années, la première année j'avais dû faire 50 visites à domicile par
14 an, donc à peu près une par semaine. Après on était plusieurs à intervenir, donc ça s'est un peu réparti, on en
15 faisait chacune 25/30. Et là depuis le début de l'année oui c'est à peu près une par semaine.
16 **C : D'accord ok. Quand vous allez établir votre plan d'intervention avec le patient sur quoi vous allez**
17 **vous baser pour faire vos objectifs ?**
18 P6 : Euh, alors déjà sur le dossier médical, la prescription et l'indication de prise en charge, je vais me baser
19 aussi sur mes évaluations du coup. Les souhaits de la personne, mais aussi les souhaits de l'entourage, s'il y
20 a un entourage.
21 **C : D'accord, donc je vais rebondir sur l'évaluation car c'est ce qui m'intéresse, et moi je vais plus**
22 **particulièrement m'intéresser à l'évaluation des occupations. Mais comme je vais utiliser le terme**
23 **occupation dans le reste de mon entretien, j'aimerais savoir si vous faites la différence entre activité et**
24 **occupation ?**
25 P6 : Pas spécialement non. Activité je l'entend plus dans le sens activité de la vie quotidienne donc les
26 activités nécessaires : toilette, habillage, repas tout ça. Occupation peut être plus dans le domaine des
27 loisirs, ou voilà centres d'intérêts.
28 **C : D'accord. Moi je vais vous dire comment je conçois la chose pour mon mémoire, en fait les**
29 **occupations ça va être un ensemble d'activités qui vont avoir une valeur pour l'individu et aux yeux**
30 **de la société, sachant que l'activité ça va être le faire de l'occupation, ce qui est observable, donc les**
31 **comportements, les tâches, les actions que la personne effectue. Les occupations c'est plus large du**
32 **coup que l'activité c'est prendre en compte toute la réflexion qu'il y a avant l'activité : pourquoi est-ce**
33 **que la personne fait cette activité-là, qu'est-ce que cela lui apporte etc ...**
34 P6 : D'accord
35 **C : Et quand vous allez vous intéresser aux occupations de vos patients qu'est-ce que vous allez**
36 **chercher à savoir ?**

37 P6 : Alors j'essaie de savoir quelles sont leurs activités antérieures de vie quotidienne avant l'hospitalisation,
38 alors la population gériatrique n'est plus en activité professionnelle mais parfois ils ont des loisirs, des clubs,
39 parfois ça peut être des sorties, aller promener l'animal domestique, enfin voilà... Ça peut être des loisirs ou
40 de la couture voilà.

41 **C : Est-ce que vous allez vous intéresser à certains critères bien définis quand vous allez parler de**
42 **leurs occupations ?**

43 P6 : Alors je vais regarder par rapport à leurs pathologies quelles activités vont être touchées en fait par la
44 maladie. Si c'est par exemple une sortie à l'extérieur et que la personne a des difficultés à la marche voilà.
45 Ou si c'est un problème visuel et que la personne fait de la couture.

46 **C : Est-ce que vous allez vous intéresser, je ne sais pas par exemple si elle a besoin d'aide ou ce genre**
47 **de chose ? Qu'est-ce que vous allez lui demander en fait quand vous vous intéressez à ses occupations**
48 **?**

49 P6 : Je lui demande ce qu'elle aime faire, qu'est-ce qu'elle fait régulièrement, ou voir si elle a déjà des aides
50 en place, aide à la toilette, pour le ménage, pour faire les courses voilà. Et en fonction j'essaie de voir du
51 coup dans les activités déjà basales et instrumentales de la vie quotidienne ce qui du coup ce qu'elle faisait
52 avant et ce qui va du coup être touché, voilà.

53 **C : Et parfois on peut s'intéresser aux rôles sociaux, est ce que c'est quelque chose vous auquel vous**
54 **êtes attentive dans votre pratique ?**

55 P6 : Alors ça peut effectivement jouer quand il y a par exemple un conjoint et que la personne aide le
56 conjoint ou aide peut être les enfants, les petits enfants. S'il y a un entourage autre que familial, par exemple
57 il y a des voisins qui sont proches, ou voilà si par exemple la personne participe à un club 3ème âge ou autre
58 voilà.

59 **C : Oui, c'est quelque chose à laquelle vous allez vous intéresser de façon systématique ?**

60 P6 : Je pose systématiquement la question, après est ce que vraiment je mesure l'impact ça va dépendre
61 vraiment de la personne. Effectivement, la participation sociale, voilà ça va vraiment dépendre de la
62 personne, de ce qu'elle faisait avant et voilà, je n'ai pas d'outils très précis pour mesurer tout ça.

63 **C : D'accord. Alors je vais vous donner maintenant 6 notions, il va falloir me dire celles que vous allez**
64 **systématiquement évaluer lorsque vous allez vous intéresser aux occupations de vos patients. Vous**
65 **pouvez en sélectionner aucune, toutes les sélectionner, ou le nombre que vous voulez.**

66 P6 : Alors, déjà si elle a de l'aide pour la réalisation, comment est-ce qu'elle le fait, le degré de réalisation
67 est ce qu'elle le fait complètement ou est ce qu'elle est accompagnée ? Par exemple pour faire les courses,
68 est ce que c'est elle qui fait tout. L'importance, oui si, l'importance que cela a pour elle. Le choix aussi,
69 pourquoi et la fréquence voilà.

70 **C : Et le concept de participation sociale c'est quelque chose qui est assez émergent en France, est ce**
71 **que vous vous allez l'intégrer tout le temps dans vos évaluations ou pas ?**

72 P6 : Pas systématiquement parce que je ne le connais pas, et je ne le maîtrise pas suffisamment pour
73 l'instant effectivement.

74 **C : D'accord. Est-ce que vous auriez d'autres éléments à ajouter sur l'évaluation des occupations ?**

75 P6 : Oui, alors des fois il y a des mises en situation effectivement pour certaines occupations voilà pour
76 évaluer. Parce que parfois il y a une discordance entre ce que la personne me dit faire et ce qu'elle fait
77 réellement. Donc des fois il faut contacter la famille, voilà c'est quelque chose qu'elle faisait il y a 5 ans,
78 mais maintenant elle le fait plus ou voilà.

79 **C : Donc vous passez pour l'évaluation des occupations aussi à la mise en situation ?**

80 P6 : Voilà

81 **C : D'accord, est ce que vous voyez d'autres choses ?**

82 P6 : Là tout de suite non.

83 **C : Bon très bien. Avant que je fasse mon entretien, est ce que le concept de participation sociale vous**
84 **en aviez déjà entendu parler ?**

85 P6 : Non.

86 **C : D'accord, qu'est-ce que vous pourriez m'en dire de la participation sociale ?**

87 P6 : Alors moi je l'entends comme effectivement toutes les interactions que la personne va avoir avec son
88 entourage proche et avec la société au sens large en fait. Quel rôle elle va jouer au sein de la société et voilà
89 qu'elle importance cela a pour elle.

90 **C : D'accord, est ce que vous avez déjà vu des conférences, là-dessus ou des articles scientifiques qui**
91 **en parlaient ?**

92 P6 : Non, très peu non.

93 **C : Alors je vais vous donner moi la définition que j'utilise : l'engagement par l'activité dans des**
94 **situations de vie socialement contextualisées. Donc ça va être comment la personne arrive à**
95 **s'impliquer dans la société sachant que cette implication peut se faire par l'intermédiaire des**
96 **occupations et aussi des rôles sociaux. Est-ce que vous voulez que je vous redéveloppe un peu ça ou**
97 **pour vous c'est suffisamment clair ?**

98 P6 : C'est clair, mais je veux bien encore un peu

99 **C : Alors, en fait la participation sociale c'est assez large, ça va concerner vraiment toutes les sphères**
100 **de l'individu, par exemple préparer un repas la personne va être en situation de participation sociale**
101 **parce que c'est quelque chose qu'elle va pouvoir partager avec sa famille. Mais pour préparer ce**
102 **repas il va falloir que cela se passe par l'intermédiaire d'occupations, donc aussi d'activités : il va**
103 **falloir par exemple qu'elle fasse la soupe, qu'elle mette la table, qu'elle convie les gens etc. Et donc la**
104 **participation sociale c'est quelque chose où l'on va être en interaction avec les autres. Mais il y a ce**
105 **côté qui n'est pas toujours simple à comprendre, où le fait qu'il y a des activités qui vont être faites**
106 **seules, par exemple se préparer, et s'habiller vont préparer la participation sociale. Par exemple se**
107 **préparer et s'habiller le matin pour aller au travail. Ça va être considéré comme de la participation**
108 **sociale, donc on peut vraiment dire que la participation sociale c'est ce qui va regrouper les**
109 **occupations et les rôles sociaux. Est-ce que c'est un peu plus clair du coup ?**

110 P6 : Oui très bien.

111 **C : Et est-ce que pour vous ce concept a un intérêt en ergothérapie ?**

112 P6 : Ah oui tout à fait. Oui oui c'est très important puisque cela fait partie de la personne dans sa globalité,
113 et c'est un facteur effectivement important, voilà je pense pour son bien être moral aussi, voilà son estime
114 d'elle-même, il y a pleins de choses...

115 **C : Et donc du coup vous n'avez jamais cherché des documents à propos de ce concept**
116 **particulièrement ?**

117 P6 : Pas particulièrement non.

118 **C : Est-ce que c'est parce que c'est quelque chose dont vous n'aviez jamais entendu parler, parce que**
119 **pour vous c'était assez flou vous avez d'autres concepts en tête et vous ne voyez pas forcément**
120 **l'intérêt de celui-là dans votre pratique ?**

121 P6 : Euh parce que si c'était une notion que j'avais en tête, mais je n'avais pas de notion qu'il y avait des
122 choses pour le quantifier, enfin on a quelques échelles mais voilà.

123 **C : D'accord, vous l'utilisiez sans savoir que c'était réellement ça ?**

124 P6 : Oui voilà. Voilà encore un peu flou effectivement.

125 **C : Euh, si jamais vous deviez évaluer la participation sociale à quelles données est-ce que vous vous**
126 **intéresseriez ?**

127 P6 : C'est à dire en évaluation, qu'est-ce que la personne arrive... ?

128 **C : Oui, que ce soit de façon quantitative ou qualitative peu importe.**

129 P6 : Euh, par un entretien avec la personne et avec s'il y a ses proches. Voilà.

130 **C : Et qu'est-ce que vous cherchiez à avoir comme données ?**

131 P6 : Euh du coup quels rôles elle va avoir, qu'est-ce qu'elle avait l'habitude de faire, quelles sont voilà ses
132 habitudes de vie et quelle importance cela a pour elle.

133 **C : Et concernant ses habitudes de vie, vous la questionneriez plutôt par rapport à quoi, en lien avec**
134 **la participation sociale ?**

135 P6 : Ba donc tout ce que vous avez dit finalement, je n'avais pas pensé mais effectivement l'habillage, la
136 toilette, la préparation des repas et puis tout ce qui va être mode de communication aussi avec l'utilisation
137 du téléphone, les sorties à l'extérieur, et puis essayer d'avoir une vision de son entourage euh qui elle
138 rencontre fréquemment, et est ce qu'elle a une activité autre je sais pas bénévole dans une association ou
139 quelque chose comme ça qui peut être important pour elle.

140 **C : D'accord, quand vous allez être amenée à évaluer les occupations de vos patients est ce que vous**
141 **allez utiliser un support en particulier ? C'est à dire est ce que vous allez utiliser un entretien, un**
142 **questionnaire, des outils standardisés ? Comment est-ce que vous faites ?**

143 P6 : Alors actuellement je fais par entretien, j'utilise ADL IADL mais que j'ai adapté. J'ai simplifié pour du
144 coup je pense que j'utiliserais peut-être le même support, un support d'entretien avec quelques questions un
145 peu dirigées pour pouvoir m'orienter et pour avoir une trame d'entretien.

146 **C : Oui, et pourquoi est-ce que vous préférez utiliser cet entretien plutôt qu'un questionnaire ou un**
147 **outil ?**

148 P6 : Euh parce que souvent la personne évoque peut-être d'autres choses, et cela laisse peut-être un peu la
149 parole plus libre et c'est moins cloisonné voilà. Alors l'inconvénient c'est que ce n'est pas du tout après
150 référencé, il n'y a pas de grille, où on arrive à quantifier, où il y a des scores il y a des choses comme ça. Ça
151 apporte d'autres choses pour des données statistiques enfin voilà. En entretien avec la personne je préfère
152 que ce soit libre pour qu'elle puisse voilà avoir la possibilité de s'exprimer et ne pas être en difficulté si
153 effectivement c'est une personne isolée et qu'il y a peu de participation sociale.

154 **C : Et pour construire votre grille est ce que vous vous êtes basées sur quelque chose ?**

155 P6 : Alors sur les échelles de KATS le BADL et IADL.

156 **C : D'accord, et est-ce que vous connaissez d'autres outils qui permettent d'évaluer les occupations ?**

157 P6 : Alors tout ce qui peut être vraiment activités basales de la vie quotidienne, la grille AGIR, la MIF, il y
158 a aussi tout ce qui est dans le bilan modulaire d'ergothérapie voilà. Euh, là c'est les seuls qui me viennent
159 pour l'instant.

160 **C : Et est-ce que vous connaissez des outils qui permettraient d'évaluer la participation sociale ?**

161 P6 : Il y a la MCRO, voilà, mais que je ne connais pas suffisamment pour l'utiliser. Et non c'est tout.

162 **C : Et bien ok, c'est déjà un bon début ! (rire). Selon vous quels pourraient être les obstacles, ou les**
163 **difficultés pour mesurer la participation sociale ? Si un jour un médecin arrive et vous dit j'aurais**
164 **besoin que vous mesuriez la participation sociale de tel patient, qu'est-ce qui vous semblerait difficile**
165 **à ce moment-là, s'il y a quelque chose qui vous semble difficile ?**

166 P6 : ça peut être par exemple les troubles cognitifs qui peuvent être une limite du coup effectivement la
167 personne ne peut pas répondre par elle-même, donc à ce moment-là il faudrait passer par la famille, mais
168 qui n'aura peut-être pas le même ressenti pour la personne, elle va plutôt dire non c'est important pour elle
169 alors que c'est important eux. Principalement ça, et effectivement les personnes qui sont isolées, et euh voilà
170 des fois ça peut être difficile de leur évoquer ça, des problèmes de l'humeur qui peuvent être difficile à ...

171 **C : D'accord, donc vous mettez plus ça en lien avec les personnes isolées le fait qu'elles aient peu de**
172 **participation sociale et que ce soit difficile...**

173 P6 : Et que ce soit difficile pour elles d'évoquer, ou des fois c'est un choix et il n'y a pas de difficultés, mais
174 voilà. Elles se rendent compte que voilà, il n'y a peut-être pas de famille autour, pas de voisins, pas de ...
175 voilà.

176 **C : D'accord, et mis à part ce ressenti au niveau des patients, vous en tant que soignante, si vous**
177 **deviez utiliser un outil ou quelque chose comme ça qu'est-ce qui vous semblerait difficile ?**

178 P6 : ça peut être la contrainte de temps aussi, parce que nous on a des courts séjours qui des fois restent une
179 semaine, donc voilà ; on a très peu de temps pour évaluer suffisamment et voilà. On peut avoir un aperçu,
180 mais on ne peut pas aller en profondeur des choses. Euh.. Le temps... peut-être la disponibilité de la
181 personne, l'acceptation aussi, parfois on a des refus aussi. Et puis après effectivement, est ce que ce sera
182 suffisamment compris par le médecin et l'équipe soignante. Et que l'on arrivera suffisamment à retranscrire
183 cette participation sociale.

184 **C : D'accord, donc pour vous ça serait plus un problème par rapport au fait que les équipes ne sont**
185 **pas informées au niveau de la participation sociale ? Par le fait que c'est quelque chose qui est flou ?**

186 P6 : Parce que l'ergothérapie déjà l'est (rire), et est difficilement connue, et comprise et reconnue. Donc
187 voilà, c'est encore une notion qui je pense peut-être abstraite pour les équipes qui sont beaucoup dans le
188 technique et voilà.

189 **C : D'accord, du coup vous vous dites que ce serait difficilement explicables et représentables pour les**
190 **équipes ?**

191 P6 : Peut-être oui.

192 **C : D'accord, mais est-ce que pour vous on a quand même un intérêt en ergothérapie de mesurer la**
193 **participation sociale ou pas ?**

194 P6 : Oui. Du coup oui je pense que c'est très important, parce que effectivement on va restaurer, on va
195 préparer le retour à domicile par exemple en essayant de voir des fois, on va mettre des aides en place, sans

196 prendre en compte que par exemple le fait de préparer un repas c'était quelque chose de très important pour
197 la personne et que plutôt que prévoir un portage de repas ou une aide à domicile pour le faire et ben peut
198 être qu'il vaut mieux essayer de faire en sorte que la personne continue à faire cette activité, donc
199 effectivement c'est important. Et on a je pense un peu tendance comme il faut aller vite, dès que la personne
200 a des difficultés dans un domaine, bon ba on va mettre des aides en place ...

201 **C : Et dans votre pratique vu que c'est des courts séjours j'imagine que vous faites vraiment au...**

202 P6 : Oui, c'est un peu de l'urgence, oui voilà.

203 **C : Est-ce que vous pensez que par rapport au fait que cela soit des courts séjours ce concept-là soit**
204 **difficilement utilisable ?**

205 P6 : C'est possible, mais je pense qu'il faut l'avoir en tête malgré tout. Parce qu'effectivement on peut faire
206 fausse route, et prévoir trop rapidement des aides voilà.

207 **C : Et est-ce que vous auriez d'autres éléments à propos du concept de participation sociale, ou de la**
208 **mesure de la participation sociale qui vous viennent là ?**

209 P6 : Euh, je pense à quelque chose mais ça n'a peut-être rien à voir...

210 **C : Ah mais si allez-y**

211 P6 : C'est l'échelle de Zarit. C'est une échelle d'évaluation du fardeau de l'aidant.

212 **C : D'accord, qu'est-ce qui vous a fait faire le lien du coup avec la participation sociale ?**

213 P6 : Et ben du coup c'est l'interaction avec la personne avec son environnement, et des fois il peut y avoir
214 peut-être une participation aussi, une conséquence sur l'environnement du fait des troubles ou des difficultés
215 de la personne. Donc c'est peut-être important aussi de voir ce que l'entourage vit aussi.

216 **C : C'est une échelle que vous utilisez ?**

217 P6 : Alors pas spécifiquement. Mais dont j'ai entendu parlé, et c'est plutôt spécifique dans le cas des
218 démences, maladies d'Alzheimer ou apparentés.

219 **C : D'accord.**

220 P6 : Donc c'est vrai que même si on n'évalue pas avec la grille, on rencontre souvent les familles et on
221 essaie de voir effectivement quel impact la maladie va avoir aussi pour eux. Voir qu'est-ce que le proche
222 fait, et si lui ressent un épuisement à faire tout ça.

223 **C : Donc je vais faire un petit retour en arrière par rapport aux questions, est ce que vous avez déjà**
224 **entendu parlé de la participation sociale au cours de votre formation ?**

225 P6 : Alors il y a un peu longtemps (rire). Probablement mais j'ai pas de notions en tête. A l'époque on avait
226 très peu de modèles conceptuels. On en avait quelques-uns : le PPH, qui était le plus répandu et
227 effectivement on parlait de toute la personne dans toutes les dimensions, effectivement la dimension
228 sociale, mais je ne me souviens pas d'un cours précis sur la participation sociale.

229 **C : Est-ce que pour vous c'est quelque chose qui vous a manqué cet apport au niveau des concepts ou**
230 **pas ?**

231 P6 : Par rapport à aujourd'hui oui, parce qu'effectivement je vois qu'il y a beaucoup de modèles conceptuels
232 en ergothérapie, la MCRO qu'on avait évoqué mais rapidement, le modèle KAWA et beaucoup de choses
233 qui seraient intéressantes et que j'essaie de me renseigner dessus mais c'est vrai que j'aurais bien aimé avoir
234 des notions, mais à l'époque...

235 **C : Et pour vous renseigner dessus, comment est-ce que vous procédez ?**

236 P6 : Oui, alors je fais des recherches biblio sur internet ou par la revue d'ergothérapie, voilà parce que
237 j'adhère à l'ANFE, donc j'essaie d'être un petit peu au fait des dernières actualités.

238 **C : Alors, on va passer aux dernières questions, pour vous qu'est-ce que l'on pourrait faire pour**
239 **améliorer la mesure de la participation sociale, pour qu'elle se développe ?**

240 P6 : Ce serait peut-être, alors même si je parlais plutôt d'un entretien libre, peut être qu'une grille serait
241 importante. Et qu'il y ait un bilan référencé, standardisé, avec des critères importants pour la personne, ce
242 qui permettrait je pense aux ergothérapeutes de connaître et il faudrait diffuser cette grille avec des critères
243 de passations avec pour voilà permettre aux ergo de la connaître et de se l'approprier après par la suite. Oui,
244 voilà je pense que cela serait important d'avoir un outil.

245 **C : Est-ce que vous voyez d'autres éléments ou pas ?**

246 P6 : Après ça peut être par le biais de forum, ou de colloque, d'articles aussi.

247 **C : Et vous, au sein de votre établissement comment est-ce que vous avez accès aux forums, aux**
248 **colloques qui se passent ?**

249 P6 : Ce n'est pas par l'établissement, voilà. Parce que l'on a un établissement où l'on a très peu de formation,
 250 et l'information n'est pas voilà, surtout en ergothérapie, du coup on est peu nombreux à l'hôpital surtout
 251 comme dans des professions d'infirmières ou voilà. Donc voilà il y a quand même l'abonnement à la revue
 252 ergothérapie, voilà.

253 **C : Et la dernière question, comment est-ce que pour vous on pourrait faciliter le passage des**
 254 **concepts théoriques dans la pratique ? Pas forcément sur le concept de participation sociale, mais de**
 255 **façon générale ?**

256 P6 : Peut-être par le biais d'études de cas concrets pour aider les ergothérapeutes à se représenter comment
 257 ils peuvent se servir de cet outil dans leur pratique. Voilà faire plus le lien de la théorie à la pratique pour
 258 voir comment, parce que je pense que chaque ergothérapeute sans le savoir utilise les concepts, mais n'en
 259 n'a pas forcément conscience et du coup voilà je pense que ça serait bien.

260 **C : D'accord, est ce que vous voyez d'autres éléments ?**

261 P6 : Oui les échanges, la discussion, de réunions entre plusieurs ergothérapeutes travaillant dans le même
 262 domaine et qui peuvent échanger et peut être un ergothérapeute aura peut-être étudié tel modèle
 263 conceptuel, l'aura appliqué et pourra l'expliquer aux autres.

264 **C : D'accord, ok, et bien si vous n'avez plus d'éléments par rapport à mes questions on n'en a fini,**
 265 **donc merci beaucoup d'avoir participé**

Annexe 25 : Retranscription P7

1 **C : Qu'est-ce que tu vas être amenée à faire en tant qu'ergothérapeute au sein du cabinet ?**

2 P7 : Alors en tant qu'ergothérapeute libérale avec une population plutôt pédiatrique euh, on évalue les
 3 répercussions au niveau de l'autonomie de l'enfant, au niveau habillage, toilette repas et compagnie. Et au
 4 niveau scolaire puisque sa vie quotidienne il la passe plus généralement à l'école. Dans de rares cas on peut
 5 être amené à travailler avec des enfants qui sont en IME donc qui sont non scolarisés mais ça ne reste pas
 6 les choses principales. Que ce soit handicap moteur, que ce soit un handicap cognitif ou les deux mêlés, une
 7 déficience intellectuelle, ou encore un handicap avec des troubles du comportement ou des troubles
 8 psychiques aussi. Euh pour l'instant pas de handicap sensoriel pour ma part, et sinon je fais aussi de
 9 l'évaluation à domicile sur les aménagements qui sont nécessaires pour les personnes âgées et puis aussi
 10 quelque fois un peu de rééducation des gens qui ont des troubles neurologiques.

11 **C : Au niveau de tes fréquences d'intervention sur les lieux de vie, si tu pouvais les quantifier ?**

12 P7 : J'ai oublié quelque chose, je pense aussi avec certains ados ça m'arrive de faire des mises en situation
 13 plutôt au niveau de la gestion des transports en communs, par exemple pour connaître le chemin pour aller à
 14 un nouveau lycée, ou aller à un endroit, au cinéma par exemple, pour qu'ils sachent comment ça fonctionne
 15 les transports en commun et les guider pour qu'ils prennent des repères et qu'ils puissent refaire un chemin
 16 connu et refaire un chemin non connu par la suite.

17 **C : D'accord. Alors, au niveau de tes fréquences d'intervention sur les lieux de vie si tu pouvais les**
 18 **quantifier, ce serait quoi plusieurs fois par semaine, par mois ?**

19 P7 : C'est plutôt une fois par semaine ou tous les 15 jours.

20 **C : Alors sur les lieux de vie je vais entendre tout ce qui est déplacement au domicile du patient, sur**
 21 **les écoles, tu vas te déplacer du coup ...**

22 P7 : Si je prends un patient en général, le patient je le vois une fois par semaine, ou une fois tous les quinze
 23 jours.

24 **C : Ah oui, d'accord, je te parle de façon globale en fait. Sur une semaine type sans prendre un seul**
 25 **patient, sur l'ensemble de tes patients ?**

26 P7 : Je vais plus souvent à domicile que au cabinet.

27 **C : Et du coup c'est quoi une fois par jour, tous les jours tu es amenée à te déplacer ?**

LXXX

28 P7 : Globalement je vais peut-être être deux demi-journées au cabinet, ou voire trois demi-journées au
29 cabinet. Donc ouai à peu près 25% au cabinet et 75% à l'extérieur.

30 **C : Quand tu vas établir ton plan d'intervention sur quoi tu vas te baser ? Sur quoi tu vas établir les**
31 **objectifs que tu as avec tes patients ?**

32 P7 : En fonction des déficits ou des difficultés observées lors du bilan ou lors de l'entretien. En fonction
33 aussi du projet de vie ou des objectifs de la personne. En fonction de ses capacités, du contexte, en fonction
34 de ce qui est possible de faire dans un temps limité et des conditions limitées, parce que du coup être à
35 domicile il faut savoir gérer son temps et une heure c'est une heure on peut difficilement déborder. Soit c'est
36 avec le patient soit c'est avec les proches. Par exemple pour des personnes âgées qui ont des troubles
37 cognitifs importants, c'est plus souvent avec les enfants que l'on voit ça. Les enfants c'est plus avec les
38 parents que l'on refait le point. Mais il y a certains objectifs qui sont quand même bien ciblés avec les
39 enfants. Et beaucoup plus avec les ados, mais c'est vrai que certains enfants en général disent "j'aimerais
40 vraiment que l'on apprenne ça", donc si ça me semble possible d'y arriver on va aller là-dessus, et il sera
41 beaucoup plus motivé. Donc en gros je prends ce que j'ai vu au bilan ou ce que j'ai eu des bilans passés par
42 les autres professionnels et aussi ce que j'ai pu observer du premier entretien et ce que j'ai comme
43 informations et voilà.

44 **C : Justement je vais rebondir sur le fait que tu utilises des bilans. Moi je vais plutôt m'axer sur**
45 **l'évaluation des occupations. Avant qu'on y vienne, est-ce que tu fais la différence entre activité et**
46 **occupation ? Car je vais utiliser le terme d'occupation pour la suite de l'entretien.**

47 P7 : Je veux bien que tu clarifies les choses. J'ai une petite idée mais...

48 **C : Oui, ba je vais te laisser développer l'idée que tu as si c'est possible. De toute façon il n'y a pas de**
49 **bonne ou de mauvaise réponse.**

50 P7 : C'est flou et j'ai peur de mélanger un peu avec la version qu'on peut en faire au Canada aussi qui est un
51 peu différente. Bon je pense que je vais répondre un peu à côté de la plaque mais je dirais qu'une activité ça
52 va être plus quelque chose qu'on fait, euh qu'on peut faire seul ou chez soi. Occupation je dirais plus que
53 c'est dirigé vers les autres.

54 **C : D'accord, en fait on va dire que l'occupation c'est beaucoup plus global que l'activité. On**
55 **considère que l'occupation c'est un ensemble d'activité et que oui les occupations vont avoir une**
56 **valeur personnelle pour l'individu et une valeur socio culturelle, donc par rapport à la société. Et en**
57 **fait, l'activité va correspondre que au faire de l'occupation, donc le comportement que tu veux**
58 **observer, la suite de tâches, de séquences ou d'actions que tu veux observer. L'occupation c'est plus**
59 **vaste car tu vas avoir toute la réflexion qui va être avant l'activité, pourquoi est-ce que la personne**
60 **fait cette activité, pourquoi elle a envie de s'engager là-dedans etc. Est-ce que c'est un peu plus clair**
61 **comme ça ?**

62 P7 : Oui. Donc l'activité c'est vraiment l'agir, et l'occupation c'est vraiment toutes les représentations,
63 pourquoi on aime faire la cuisine, pourquoi on va prendre le bus pour aller au centre commercial ou des
64 choses comme ça.

65 **C : Voilà c'est ça. Et quand tu vas évaluer tes occupations à quels critères tu vas t'intéresser ?**

66 P7 : Quand je vais évaluer l'occupation d'une personne... Euh je vais lui demander ses loisirs puisque là ça
67 va en faire partie, ses habitudes de sortie, ce qu'elle aime faire dans la journée. Quelque fois je demande
68 plutôt quelle est ta journée type. Qu'est-ce que vous faites dans la journée, comme ça cela me permet de
69 voir assez globalement, donc elle va me sortir les activités mais aussi ses occupations. Rappelle-moi la
70 question.

71 **C : Qu'est-ce que tu vas chercher comme données quand tu t'intéresses aux occupations de tes**
72 **patients ?**

73 P7 : Oui les loisirs, la journée type, euh... ----- les activités qu'elle a pu arrêter, qui peuvent lui tenir à
74 cœur, qu'elle a pu arrêter pour différentes choses. Savoir aussi, le niveau d'aide qu'elle a besoin, je ne sais
75 pas si on est en dehors de la question ou pas.

76 **C : Non non justement**

77 P7 : Mais du coup elle va peut-être penser aux activités qu'elle va faire seule, mais moi ce qui m'intéresse
78 c'est toute activité avec de l'aide ou pas. De l'aide pourquoi, pour savoir après justement ce que l'on peut
79 travailler dessus. Et que cela peut aider aussi de savoir le projet de vie plus global parce que avant d'arriver
80 au projet de vie il va falloir faire des étapes. Par exemple une personne qui a des troubles cognitifs suite à

81 un traumatisme crânien, elle va dire ba moi j'aimerais bien vivre seule, oui mais vivre seul ça engage à quoi
82 ? ça veut dire qu'il faut déjà que tu puisses te laver, t'habiller, que tu puisses gérer un budget, trouver un
83 travail pour pouvoir payer, ça engage pas mal de choses et du coup ça permet de cibler aussi : oui ba écoute
84 tu veux faire ça comme objectifs mais avant de faire ça on va devoir gravir des étapes ensemble et donc du
85 coup ça permet de bien positionner les choses. Donc de demander un projet de vie très global ça aide aussi.

86 **C : Et à part le type d'aide est ce qu'il y a d'autres critères comme ça que tu cherches à savoir ?**

87 P7 : Ba les difficultés, motrices ou cognitives, ses incapacités, son entourage euh, -----, globalement les
88 habitudes de vie, ---- je crois que j'ai fait pas mal le tour.

89 **C : Ok, et parfois pendant l'évaluation tu peux t'intéresser aux rôles sociaux, est-ce que c'est quelque**
90 **chose à laquelle tu es attentive ou pas ?**

91 P7 : Euh, je vais pas forcément poser la question mais je vais le remarquer quand la personne va le dire
92 parce qu'on va s'apercevoir qu'il y a des choses importantes. Pour certaines personnes leur rôle de mère ou
93 de personne qui fait la cuisine peut être très important donc là on sent tout de suite que c'est quelque chose
94 qu'on va s'appuyer qu'il va falloir travailler ensemble. Par exemple il y en a on le voit très bien, le travail ils
95 vont parler que du travail même s'il y a des difficultés au quotidien donc là on va percevoir que leur rôle de
96 travailleur va être très important. Et je ne vais pas forcément poser la question. Mais eux même vont
97 l'aborder, donc du coup je vais repérer que c'est un point important, et peut être du coup enchaîner là-
98 dessus.

99 **C : Et pour les enfants ?**

100 P7 : Les enfants, euh, leur rôle social. Euh ça va être plus essayer de trouver comment ils peuvent créer du
101 lien avec les autres sur ceux qui sont très maladroits, je pense par exemple à des enfants qui ne peuvent pas
102 jouer avec tout le monde car ils sont très vite moqués ou quoi, ils ne sont pas à l'aise, pour courir, pour
103 lancer un ballon. Donc à un certain âge c'est compliqué pour eux. Ou pour d'autres qui sont plutôt dans la
104 parole et pas du tout dans le jeu, il faut essayer de leur donner un peu des pistes et travailler un peu des
105 habiletés sociales pour que justement ils arrivent à se lier à un groupe, trouver quelques amis, pas forcément
106 plein. Je dirais plus que c'est dans ce rôle là au niveau social, après les ados c'est un peu différent c'est plus
107 faciliter à ce qu'ils s'ouvrent aux autres, enfin c'est un peu pareil mais qu'ils sortent. Quelques fois ils sont
108 très embêtés parce que justement il y a les problèmes pour les transports ou la gestion du téléphone qui est
109 compliquée. Donc on axe plus là-dessus, mais toujours pour qu'ils puissent être intégrés plus facilement à la
110 société. On va travailler sur par exemple trouver une activité de loisirs par exemple plus pour les ados qui
111 ont plus de choix à faire là-dessus que les plus petits. Le rôle social pour les enfants ça reste beaucoup là-
112 dessus quand même.

113 **C : Et c'est quelque chose à laquelle tu vas t'intéresser systématiquement ?**

114 P7 : -----Je pense, que soit les parents nous le disent, soit l'école nous le dit, donc c'est vrai que comme on a
115 une relation duelle, et quelque fois les enfants du coup vont nous dire les choses plus facilement qu'en
116 classe, donc du coup et je pense qu'il y a une certaine relation de confiance et du coup on peut leur glisser
117 les choses et qu'ils viennent nous dire est ce que toi tu n'aurais pas une solution pour leurs problèmes. Donc
118 du coup ils viennent plus se confier sur leur problème ou un rôle social, et donc on est là aussi pour savoir
119 comment est-ce qu'il peut gérer ce problème-là. Regarde certains enfants qui ont des difficultés qui sont
120 différents on va dire par rapport aux autres le perçoivent et donc du coup on va leur dire ba tu sais c'est rien
121 pour les aider à relativiser parce que sinon ça prend une ampleur. Et au final on le ressent quand même pas
122 mal.

123 **C : Alors je vais te montrer 6 notions et il va falloir me dire celles que tu vas évaluer**
124 **systématiquement quand tu vas évaluer les occupations de tes patients ? Tu peux en choisir autant**
125 **que tu veux.**

126 P7 : Degré de réalisation ?

127 **C : Des occupations, c'est le niveau de difficulté de l'occupation, à quel degré il arrive à réaliser**
128 **l'occupation. Est-ce qu'il arrive à la réaliser complètement, partiellement etc ...**

129 P7 : D'accord. Choix de l'occupation ? Pourquoi il choisit ça ?

130 **C : Est-ce que l'occupation c'est eux qui l'ont choisi, parce qu'ils en avaient envie ou est-ce que ça leur**
131 **a été imposé ? C'est l'autonomie en fait, est ce qu'ils sont capables de choisir les occupations qu'ils**
132 **veulent.**

133 P7 : Ah d'accord c'est différent. Importance liée à la réalisation de l'occupation, pour moi c'est important.
134 Degré de satisfaction, fréquence, ça c'est important.

135 **C : D'accord. Sinon en France la participation sociale c'est quelque chose qui est un peu émergent, est**
136 **ce que toi tu vas chercher à l'évaluer systématiquement quand tu fais ton évaluation ?**

137 P7 : euh oui parce que pour moi ça fait partie quand même des habitudes de vie, de la connaissance des
138 habitudes de vie et du quotidien de la personne. Donc, ça va être important de savoir aussi si elle a un
139 réseau sur lequel elle peut compter en cas de besoin ou si elle est isolée. Pour moi oui c'est important. Bon
140 par contre avec les enfants c'est vrai que ça dépend à quel âge, ça reste plus limité. Mais c'est quand même
141 intéressant de savoir s'ils ont des copains, des activités à l'extérieur de l'école et voilà. Mais ça reste
142 différent.

143 **C : Ok. Avant de passer à la deuxième partie est ce que t'aurais des choses à me dire en plus sur**
144 **l'évaluation des occupations que tu penses intéressantes et dont je ne t'aurais pas posé la question ?**

145 P7 : Le type d'évaluation ?

146 **C : Non un point que je n'aurais pas abordé concernant l'évaluation des occupations sur la façon**
147 **dont tu fais.**

148 P7 : Il y a très bonne évaluation de l'occupation humaine qui est très intéressante dans certains cas. Ça
149 s'appelle le MOHOST, donc ça c'est intéressant, parce que du coup quand une personne est un peu perdue
150 sur ses objectifs et ses occupations ça permet qu'elle priorise les choses et ça peut nous aider nous à aiguiller
151 nos objectifs à court moyen et long terme. Je n'ai pas encore eu l'occasion de l'utiliser en libéral, mais je
152 trouve que c'est assez intéressant comme principe.

153 **C : On reviendra là-dessus dans la dernière partie alors.**

154 P7 : Ok, par contre c'est vrai que même si on n'utilise pas le MOHOST de prioriser les objectifs ou les
155 étapes comme je te disais pour un grand projet de vie. On ne peut pas tout faire en même temps, pour la
156 personne ait des petits objectifs à accomplir avant le gros et elle voit qu'elle avance au fur et à mesure. Si on
157 attaque tout en même temps ça risque d'être plus compliqué, donc bien être clair là-dessus.

158 **C : Alors, avant que je vienne faire mon entretien, la participation sociale c'était quelque chose que tu**
159 **avais déjà entendu ?**

160 P7 : oui oui

161 **C : Dans quel contexte est-ce que tu pourrais te souvenir la première fois où tu en as entendu parler**
162 **c'était dans quel contexte ? C'était il y a moins d'un an, plus de 6 ans, est-ce que tu pourrais**
163 **quantifier ça ?**

164 P7 : Au moment de mes études ? (rire), c'est à dire entre 2006/2009 par là.

165 **C : Donc tu en aurais plus entendu parler par l'intermédiaire de ta formation ?**

166 P7 : Oui

167 **C : Est-ce que depuis tu en as entendu parler dans d'autres cas ?**

168 P7 : Euh, ----- je pense que dans des conférences c'est quelque chose qui est un peu plus abordé sur ce
169 concept là et que du coup ça se développe. Pareil je pense que finalement c'est un concept qui est sous-
170 entendu parce que du coup en France il y a quand même davantage de services en dehors des milieux
171 hospitaliers qui interviennent plus à domicile, donc pour moi, je pense que c'est un moyen de développer la
172 participation sociale et un peu que ce soit plus important par rapport à il y a quelques années. Même si on
173 ne prononce pas le mot, je trouve que ça en fait partie le fait qu'il y a plus de choses en ambulatoire, plus de
174 choses de services qui interviennent à domicile ça en fait partie pour moi que la personne du coup elle soit
175 plus dans son contexte habituel, donc elle retrouve plus rapidement une participation sociale. Même si elle
176 est moins intense qu'elle peut l'être avant. Du coup je trouve que ça en fait partie.

177 Après je n'ai pas lu d'articles récents là-dessus, j'ai vu qu'il y avait une conférence à Garches.

178 **C : Voilà, mais tu es en avance sur mes questions donc je vais rebondir là-dessus, pourquoi est-ce que**
179 **tu n'as pas forcément cherché à te documenter là-dessus ? Parce que pour toi le concept est très clair**
180 **et tu n'en vois pas l'intérêt ? Parce tu ne l'utilises pas au quotidien ?**

181 P7 : Euh parce que je pense avoir bien compris le concept et le mettre en pratique enfin l'utiliser dans ma
182 pratique. Euh donc j'ai d'autres choses à approfondir que la participation sociale.

183 **C : Ok, si tu avais une définition à me donner de la participation sociale avec tes propres mots qu'est-**
184 **ce que tu pourrais m'en dire ?**

185 P7 : La participation sociale, olalalala. C'est le fait d'être en relation, parce que si je dis que c'est intégré,
186 c'est vraiment plus, on parle plus de l'insertion, je dirais que c'est le fait d'être en relation avec les autres par
187 les activités ou les occupations voire même sans activité juste les relations sociales. Moi je le percevais
188 comme ça. La participation sociale aussi c'est le fait que l'on puisse quitter son domicile et sortir vers les
189 autres, mais aussi de les recevoir chez soi, mais du coup d'être en lien avec des gens.

190 **C : Ba oui c'est ça. Je te montre celle que j'utilise pour mon mémoire. Donc ça va être l'engagement**
191 **par l'activité dans des situations de vie socialement contextualisées.**

192 P7 : Mais tout à fait ! (Ironique)

193 **C : Donc ça va être comment est-ce que l'individu est impliqué au sein de la société et cette**
194 **implication elle va se faire par l'intermédiaire de ses occupations et de ses rôles sociaux. Voilà. Tu**
195 **veux que je te redéveloppe un peu plus ça ou c'est tout bon ?**

196 P7 : Non c'est bon.

197 **C : Et pour toi, c'est quoi l'intérêt de ce concept en ergothérapie ?**

198 P7 : L'intérêt, euh pour moi ça reste un des objectifs primordiaux de notre suivi, l'objectif c'est
199 d'accompagner la personne dans son projet de vie et en général la participation sociale elle en fait partie.
200 Peu importe les intérêts de la personne, c'est très rare les personnes qui ne veulent pas être en relation avec
201 les autres. Donc du coup je pense que pour moi c'est primordial dans notre métier, plus que d'autres
202 professionnels.

203 **C : Ok, est-ce que tu as d'autres éléments sur la façon dont tu comprends le concept à me donner**
204 **avant que l'on passe à la dernière partie ?**

205 P7 : Euh non, ça va.

206 **C : Quand tu cherches à évaluer la participation sociale, à quelles données tu vas faire attention ?**
207 **Qu'est-ce que tu vas essayer de collecter comme données ?**

208 P7 : Alors, là je vais répondre un peu pareil que pour l'occupation tout à l'heure. Parce que du coup la
209 participation sociale, pareil, les habitudes de vie, l'entourage, le niveau d'aide parce que si la personne a
210 besoin d'un accompagnement pour sortir à l'extérieur forcément ça va avoir un impact sur la participation
211 sociale. Euh, les capacités/incapacités, euh savoir aussi s'il y a des troubles du comportement, ça va être
212 important. Son environnement, savoir si elle est plutôt isolée, si elle a accès aux transports, à une voiture
213 puisque cela va être important pour qu'elle puisse se rendre à des activités. Je pense que habitudes de vie,
214 loisirs. Je pense que j'ai fait le tour.

215 **C : Quand tu vas évaluer les occupations ou les rôles sociaux de tes patients est ce que tu vas te baser**
216 **sur un support ? Est-ce que tu vas utiliser un entretien, est-ce que tu vas utiliser un outil standardisé,**
217 **un questionnaire ?**

218 P7 : Alors actuellement je fais plutôt par entretien. Il m'est arrivé d'utiliser des questionnaires plus
219 standardisés. Je te parlais du MOHOST, il y avait aussi un autre plus pour les traumatisés crâniens sur
220 l'indice de socialisation, je n'ai plus le nom en tête. Ou pareil le profil des AVQ qui est intéressant là-dessus.
221 Je l'utilise pas actuellement et puis je ne suis pas formée dessus exactement, mais je trouve que c'est des
222 évaluations intéressantes, pour ce rôle là justement. Ou beaucoup on le fait moins ici, mais les mises en
223 situation : qu'elle soit pour rééduquer ou juste évaluer. Mise en situation il y a aussi tout ce qui est, enfin je
224 n'ai pas ça ici, mais il y a le TEM qui est intéressant, le test des 6 tâches qui se recoupent un petit peu. Ou
225 simplement des mises en situation mais avec une grille personnelle, avec des observations personnelles.
226 Après je ne sais pas si tu comptes aussi dans tout ce qui est participation sociale, je ne le fais pas là, mais les
227 évaluations de conduite automobile, ça en fait partie en lien avec les auto-écoles.

228 **C : Et pourquoi actuellement tu préfères utiliser l'entretien plutôt qu'un autre outil, ou un**
229 **questionnaire ?**

230 P7 : Euh, parce que là c'était plus avec des adultes qui ont beaucoup de troubles cognitifs donc c'est plus des
231 informations qu'on reçoit au niveau des proches, l'entretien ça va normalement vraiment être ciblé vers la
232 personne et pour certains c'est bien de sortir des grilles aussi parce que l'on peut repérer d'autres choses et
233 que on a moins de contraintes à ce que si l'on prend une évaluation standardisée on n'a pas toujours le
234 matériel adéquat. Quand on se rend chez les personnes on ne sait pas sur quoi on va tomber. Je parle par
235 exemple si tu veux faire le test des gâteaux qui est standardisé il faut avoir le matériel exact sinon c'est
236 compliqué. Faire quelque chose de maison, ça reste, faire confiance un peu à son observation c'est suffisant.
237 Mais par contre c'est vrai que si c'est un gros travail, un accompagnement sur le projet de vie je trouve que

238 ces choses-là peuvent avoir plus d'importance. Bien souvent aussi si c'est des adultes qu'on voit ils ont déjà
239 été suivis au départ donc il y a déjà des objectifs et on n'est plus dans une poursuite on ne reverra pas tout
240 depuis le départ.

241 **C : Et au niveau des enfants c'est pareil, tu privilégies l'entretien ?**

242 P7 : euh, pour le moment oui, entretien et mise en situation parce que du coup on s'adapte. Pareil mise en
243 situation si on travaille les transports on va pas prendre toujours le même trajet, pareil le TEM on va plutôt
244 le faire dans le quartier, juste faire un tour pas tout. Et puis c'est long aussi, en libéral c'est compliqué. Donc
245 du coup l'entretien on peut redistribuer, rechercher l'information plutôt sur quelque chose, et l'orienter plus
246 facilement que s'en tenir vraiment à une grille.

247 **C : Ok. Et quand tu vas évaluer la participation sociale, pareil, est-ce que tu vas te baser sur une**
248 **grille, sur un entretien, sur un questionnaire ?**

249 P7 : Je fais plus l'entretien mais je pourrais utiliser des choses standardisées. Mais je trouve qu'en libéral
250 c'est plus facilement de l'entretien et de l'observation en situation. Parce que l'on est plus proche de
251 l'environnement et que des fois les grilles prennent plus de temps.

252 **C : Ok. Est-ce que tu connais des grilles qui permettraient de mesurer la participation sociale ?**

253 P7 : Identique à la dernière question (rire).

254 **C : Très bien (rire).**

255 P7 : Met il faudrait que je te retrouve le truc, je sais qu'il y a quelque chose qui était bien par rapport à la
256 socialisation. Attend c'était un truc d'intégration dans la communauté. IRC ou quelque chose, ITC, quelque
257 chose comme ça.

258 **C : Oui, je crois que j'en ai entendu parler. Et toi tu l'as déjà utilisé ?**

259 P7 : Oui je l'ai déjà utilisé.

260 **C : Ok. Pour toi quand tu vas mesurer la participation sociale, est ce qu'il y a des choses qui sont**
261 **difficiles ? Et si oui lesquelles ? Est-ce qu'il y a des obstacles ?**

262 P7 : La mesurer, la quantifier ?

263 **C : Ca peut être en terme quantitatif ou qualitatif. L'évaluer.**

264 P7 : Ba c'est qu'on reste très finalement, très subjectif par rapport à ce que nous dit la personne. Nous aussi
265 nos propres représentations de ce qu'une personne adulte devrait faire à tel âge, un petit peu, même si
266 forcément. Après, par rapport aux rôles sociaux que l'on a en tête, ou au niveau culturel aussi. Parfois
267 difficile parce que les personnes ne vont pas forcément tout nous dire parce qu'il y a des choses qui pour
268 elle tombent sous le sens.

269 **C : Et si tu fais par rapport aux enfants ? Qu'est ce qui pour toi pourrait être difficile ?**

270 P7 : ----- Ba si c'est que généralement on a peu d'infos, et du coup on doit vraiment se fier
271 à ce qu'ils disent et que l'on peut rarement observer les choses. Puisque même si on est sur le lieu de vie on
272 est dans un cadre à deux sorti du contexte de la classe la plupart du temps, même si cela arrive que l'on aille
273 quelque fois la classe. Du coup, on le voit dans son environnement, mais différent. Après on a le regard de
274 l'instit qui peut nous dire les choses, et puis les parents à la maison, là on se fie plus à leur entourage plutôt
275 qu'à l'enfant qui va nous dire s'il a deux trois amis, mais bon, ça va être assez concis comme information, et
276 il faut quantifier par rapport à d'autres. Et puis aussi ça va être fonction de la personnalité de l'enfant. Ouai
277 je pense qu'au niveau d'un enfant on a moins d'informations par lui-même. Ou alors il ne va rien dire parce
278 que en fait tout va bien de ce côté-là. Et qu'il y a peut-être moins de participation sociale choisie que, parce
279 qu'ils n'ont pas le libre choix de leurs occupations, et de leurs activités. Donc du coup finalement c'est peut-
280 être moins important, ça prend moins d'importance.

281 **C : D'accord, donc c'est une notion qui est plus difficile à aborder tu trouves avec les enfants que les**
282 **adultes ?**

283 P7 : Oui. En plus les enfants seront plus dans la relation de jeu avec les autres et la relation tout court avec
284 les autres, qu'il va peut-être falloir plus évaluer, enfin pas évaluer, mais euh observer comment cela se passe
285 que vraiment d'autres activités. Je pense que c'est vraiment plus au niveau de l'adolescence et de l'âge adulte
286 que cela se voit davantage. Enfin tout du moins sur ce concept.

287 **C : Ok. Selon toi est ce qu'il y a un intérêt à évaluer cette participation sociale ?**

288 P7 : Oui.

289 **C : C'est sorti du cœur là !**

290 P7 : Oui oui oui ! Ba oui mais non, mais pour moi c'est un concept qui est hyper important donc oui
291 forcément il faut l'évaluer. Mais après, sous quelle forme ?
292 **C : Oui, pour toi cela va représenter quoi cette évaluation ?**
293 P7 : C'est à dire quels moyens je vais me donner pour l'évaluer ou... ?
294 **C : Pourquoi est-ce que cela pour toi a un intérêt de t'y intéresser ?**
295 P7 : Parce que on vit dans un monde où on est entouré de gens, donc il faut que l'on soit un minimum en
296 relation avec les autres. Même si on a besoin chacun de niveaux de participation différentes, ou
297 d'intégration sociale différente, on est amené tout le temps à être en relation à part si l'on est sur une île
298 déserte, donc il faut aider la personne à ce qui lui soit acceptable de participation et que ça ne soit pas
299 qu'une contrainte, que ce soit des activités qui soient plaisantes aussi pour elle. Pas que la contrainte d'aller
300 à un travail qu'elle n'aime pas, ou j'en sais rien. Mais qu'elle ait aussi une activité de loisir pour elle, ou cela
301 peut être juste pouvoir aller, enfin sortir en forêt, enfin je ne sais pas, si c'est quelque chose qui l'intéresse.
302 Mais cela fait partie de son projet de vie. Et comme nous on est là pour accompagner le projet de vie pour
303 moi c'est important.
304 **C : Ok.**
305 P7 : Mais pareil pour les enfants, si l'enfant te dit moi je n'ai pas de copain parce que personne ne veut jouer
306 avec moi. Bon ba qu'est-ce que l'on va faire, on va peut-être essayer de trouver un jeu qu'il arrive pas trop
307 trop mal et qu'il puisse proposer un autre, voilà ça ça en fait partie. Voilà, la participation des enfants.
308 **C : Ok. Est-ce que tu aurais d'autres éléments avant que l'on passe aux deux dernières questions, à**
309 **ajouter sur l'évaluation de la participation sociale ?**
310 P7 : Ba je pense que j'ai fait le tour.
311 **C : Ok. Pour toi qu'est**
312 P7 : Ah si, par contre, ça je saurais pas, mais je pense que quand je disais que c'était important pour notre
313 métier mais je pense qu'il n'y a pas tant de professionnels que ça qui évaluent ce domaine-là en fait.
314 **C : Ok, et pour toi c'est dommage, c'est quoi ?**
315 P7 : Ba en fait pas avec le même objectif. Parce que l'on peut connaître les habitudes de vie juste pour
316 connaître un peu plus la personne et avoir un fil de discussion on va dire ça comme ça. Mais que du coup on
317 ne va pas forcément avoir une action dessus.
318 **C : D'accord. Pour toi qu'est-ce que l'on pourrait faire pour que la mesure de la participation sociale**
319 **se développe ?**
320 P7 : --- Sortir peut-être une grille d'entretien, peut-être. Peut-être ouai standardisée là-dessus. Ou des
321 questionnaires plus court que ce qui peut peut-être exister. Voilà. je pense que j'ai fait le tour. Il y a une
322 évaluation qui peut être intéressante, mais je n'ai jamais essayé c'est le MHAVIE je crois. Et puis un autre
323 qui est sorti récemment pour les enfants.
324 **C : La dernière question, comment est-ce que pour toi on pourrait faciliter le passage des concepts**
325 **théoriques dans la pratique ? Pas forcément sur le concept de participation sociale, mais en général ?**
326 P7 : Pour moi je pense qu'il faut avoir compris l'idée essentielle d'un concept, et après en fait, l'intégrer et
327 garder une vision très globale de la personne. Enfin, je pense que si on prend là son entretien avec un regard
328 assez ouvert et en posant des questions qui prennent un peu chaque habitude de vie, l'environnement, si on
329 repère un peu aussi les incapacités, finalement on a toutes ces informations. Donc pour moi je pense il faut
330 bien avoir en tête tous ces concepts, à quoi ils peuvent nous servir, pourquoi on va intervenir auprès des
331 personnes et donc du coup on a tout ça en tête. Moi je pense que c'est important de les apprendre en
332 formation pour que ce soit des concepts qui soient clairs, qu'on ait compris l'idée essentielle, parce que
333 après on oublie. Mais après du coup ces choses-là, on les ait en tête pour pouvoir les évaluer pas forcément
334 avec des grilles mais soit dans l'observation, soit par l'entretien.
335 **C : D'accord. Mais du coup pour toi le passage de l'un à l'autre s'est fait plutôt facilement ?**
336 P7 : Oui, mais après je sais que c'est vrai que en général les grilles d'évaluation ou les tests standardisés sont
337 souvent basés sur des concepts ou des modèles même théoriques, et du coup, quelque fois on n'est pas
338 forcément, on ne retrouve pas forcément dans ce concept, donc du coup il y a certaines qu'on élimine
339 d'office, mais je trouve que c'est intéressant quand on a une grille d'entretien pour des situations complexes,
340 c'est bien de prendre appui sur un modèle théorique pour ne rien oublier dans son évaluation. Mais après au
341 fur et à mesure que l'on a l'habitude de faire des évaluations et des entretiens on se détache beaucoup plus

342 de cette grille et de cette ligne directrice, et du coup les concepts théoriques on je pense, sont moins mis en
 343 évidence en fait.

344 **C : D'accord, et pour toi, si je comprends ce que tu me dis, le passage de l'un à l'autre se ferait par les**
 345 **outils en fait ? Ça deviendrait plus clair quand tu utilises des grilles d'entretien, des outils etc ?**

346 P7 : ---- ça dépend du concept. Oui mais je pense le fait de faire une évaluation avec un guide qui t'oriente
 347 plus ton observation sur l'un ou sur l'autre partie oui ça peut aider à comprendre le principe et savoir après
 348 ce que l'on va devoir observer, rechercher pour ça. Oui je pense c'est ça.

349 **C : Ok. Bon on a fini. Merci beaucoup d'avoir participé. Je te laisse juste remplir ce court**
 350 **questionnaire et puis ce sera bon.**

351 P7 : Mais ça ça me faisait penser à une chose, parce que moi j'avais fait une grille d'entretien par rapport à
 352 des personnes douloureuses chroniques, c'était un entretien qui devait durer assez longtemps et du coup t'as
 353 beaucoup d'évaluations de la douleur, mais ça s'éparpille un peu et donc du coup ton entretien il faut aussi
 354 réussir, et pour la construire c'est vrai que je m'étais appuyée sur un modèle en particulier, justement pour
 355 essayer de moins s'éparpiller et voir l'importance. Donc d'abord il faut choisir ton modèle, voir les questions
 356 que tu vas poser. Mais cela t'aide à te cibler sur certains critères et à orienter ton entretien vers ce que tu
 357 veux savoir.

358 **C : Donc finalement l'utilisation de modèles conceptuels c'est ce qui te permet de faire le lien entre la**
 359 **théorie et la pratique ?**

360 P7 : Oui moi je trouve.

361 C : Ok, merci beaucoup.

Annexe 26 : Retranscription P8

XXXX désigne le nom de l'établissement où travaille P8

1 **C : Est-ce que tu pourrais me décrire les missions que tu as au sein des XXXX ici sur ton poste ?**
 2 **Qu'est-ce que tu es amené à faire ?**

3 P8 : Alors, au XXXX moi j'ai été, je suis ergothérapeute depuis 7 mois dans un centre de neuro-orthopédie
 4 adulte. Donc c'est vraiment de la SSR adulte, on est amené à faire de la rééducation du membre supérieur,
 5 ça peut. Mais dans la globalité, la majeure partie de mon travail ici aux XXXX, ça va plutôt être axé sur la
 6 rééducation et la réadaptation des patients lombalgiques chroniques. Alors de manière générale, car ce n'est
 7 pas que des patients lombalgiques chroniques, c'est surtout axé sur les patients rachialgiques donc avec des
 8 pathologies associées au rachis, ça peut être des hernies discales, des patients en post-opératoire après des
 9 arthrodèses, ça peut être pas mal de choses dans ce contexte-là. Donc on peut amener à faire un peu tout, ça
 10 peut être des orthèses pour les membres sup, de la rééducation pour le rachis, ça peut être de l'école du dos,
 11 ça peut être différents programmes qu'on a mis en place ici aux XXXX comme la réactivation physique
 12 pour le dos. On va dire que c'est du global, on n'a pas vraiment de spécificité en tant que tel car on est
 13 amené à faire pas mal de choses même si on est très axé sur tout ce qui est rachialgie et tout ce qui est en
 14 annexe à ça en fait.

15 **C : Et est-ce que tu vas être amené à te déplacer fréquemment sur les lieux de vie des patients ?**

16 P8 : Alors pas forcément. Depuis que je suis aux XXXX, c'est à dire 7 mois, j'ai fait trois visites à domicile.
 17 Donc assez peu. Il y a d'autres services aux XXXX où il y a plus de visites à domicile, notamment le service
 18 d'amputés, parce que du coup on est sur un domaine qui est plus de la réadaptation donc on a beaucoup plus
 19 de visites à domicile là-dessus, ou en pédiatrie aussi, parce qu'ils ont beaucoup plus de pathologies lourdes,
 20 paraplégies etc, donc il y a beaucoup plus de visites à domicile dans les autres services que le mien.

21 **C : Quand tu vas établir ton plan d'intervention, sur quoi tu vas te baser ?**

22 P8 : Alors, avant de faire mon plan d'intervention il y a toujours un entretien avec le patient. Avant on lit
 23 toujours le dossier médical, on lit les prescriptions que le médecin nous a fait. Ensuite on a donc du coup
 24 l'entretien individuel avec le patient, on va essayer de cibler les capacités, les incapacités du patient, et de
 25 cibler aussi son environnement autant physique que social, et on va essayer de mettre tout ça en lien pour
 26 voir quelles sont vraiment les difficultés des patients. A partir du moment où on cible les difficultés du

LXXXVII

27 patient on va essayer de mettre en place des évaluations, les évaluations peuvent être d'ordre, des bilans
28 validés, ou non validés. Et une fois que l'on a fait toutes ces évaluations et que donc du coup on a les
29 objectifs du patient, les difficultés du patient et les évaluations qui sont faites par rapport à ces difficultés là
30 on essaie de mettre en place des objectifs en commun avec le patient parce que ça reste son projet à lui et on
31 essaie de se mettre un but et plusieurs objectifs pour répondre du coup à ces difficultés de vie quotidienne.

32 **C : Je vais rebondir sur les évaluations, je vais plutôt m'intéresser aux évaluations du patient, est ce**
33 **que toi tu fais la différence entre occupation et activité ?**

34 P8 : (rire). Alors c'est toujours un peu compliqué. Euh, pour ton information c'était il n'y a pas si longtemps,
35 en fait occupation, tu m'arrêtes si je me trompe, mais c'est vraiment le terme anglo-saxon, nous en France
36 on a plutôt tendance à parler d'activité et si je ne me trompe pas occupation c'est vraiment le terme associé
37 du coup à la MCRO, et normalement l'occupation c'est censé faire allusion à trois sphères : aux soins
38 personnels, loisirs, et ça fait appel au travail, donc la productivité.

39 **C : Oui, c'est ça. Mais est-ce que toi dans ton travail tu fais une différence entre activité et occupation**
40 **?**

41 P8 : Alors, en France on a tendance tout le temps à parler d'activité et pas d'occupation, d'accord c'est
42 vraiment un terme anglo-saxon, même si l'activité ça fait appel à l'occupation. On va dire que l'activité telle
43 qu'elle est décrite dans le MCRO comme l'occupation ça va vraiment être du coup un objectif en tant que
44 tel. Alors qu'en France dans la majeure partie des cas l'activité, nous on l'utilise et en objectif et en moyen.
45 Donc, on va dire en France on ne fait pas vraiment le distinguo entre, et moi-même quelque part, le gros
46 distinguo entre l'occupation en elle-même et l'activité en elle-même.

47 **C : Ok. Je vais te dire du coup comment moi je le conçois car je vais continuer à utiliser le terme**
48 **d'occupation dans la suite de mon entretien. En gros l'occupation ça va être un ensemble d'activité**
49 **qui vont avoir une valeur pour la personne et pour la société. Et en fait la différence qu'il y a entre les**
50 **deux c'est que les activités ça va être simplement le faire de l'occupation, ce qui est observable. Donc**
51 **les comportements, les tâches, les actions de l'individu. L'occupation c'est plus global au final. Ça**
52 **représente ce faire, plus tout ce qu'il va y avoir avant : donc la réflexion de pourquoi est-ce que la**
53 **personne fait cette activité, est ce qu'elle est satisfaite par rapport à ça, etc.**

54 P8 : Donc tel que tu le conçois, c'est l'activité c'est ce faire, et l'occupation, c'est ce faire plus tout ce qu'il y
55 a en amont.

56 **C : Exactement. C'est plus global, plus vaste.**

57 P8 : Ok

58 **C : Quand tu vas t'intéresser aux occupations de ton patient, qu'est-ce que tu vas chercher à évaluer ?**

59 P8 : Alors déjà quand on évalue les occupations du patient nous on essaie déjà de savoir quelles occupations
60 il fait. S'il les fait ou s'il ne les fait pas. Donc il y a plusieurs occupations comme je ne sais pas, la toilette,
61 l'habillage ainsi de suite. Donc on essaie vraiment de dissocier tout ce qui est, enfin ce que le patient est en
62 capacité ou en incapacité de faire. Une fois que ça c'est posé, on essaie de savoir vraiment ce qui est
63 important pour le patient dans ces activités-là. Peut-être qu'il est incapable de faire ces activités là, mais ce
64 n'est pas forcément quelque chose d'important pour lui, pas forcément quelque chose de significatif pour lui,
65 donc on va forcément moins axer la thérapie, ou la prise en charge sur ces domaines, même si de temps en
66 temps ça reste des domaines de l'ordre de la sécurité. Et si ça fait partie de la sécurité dans ce cas-là on est
67 obligé d'axer dessus. Mais d'une manière globale, on va vraiment axer sur toutes les difficultés des patients,
68 voir ce qu'il est capable ou pas de faire, s'il est indépendant dans ses activités de la vie quotidienne, si il est
69 autonome également, et ensuite on s'occupe vraiment de ce qui l'intéresse en tant que tel, donc c'est
70 vraiment les activités significatives.

71 **C : Et est-ce que tu vas par exemple avoir une grille ou tu vas t'intéresser spécifiquement à des**
72 **activités en particulier, ou c'est vraiment en fonction de ce que le patient va te dire ?**

73 P8 : Alors de base non. On a une grille où on a plusieurs activités, donc c'est la toilette l'habillage, les
74 déplacements donc conduire, les déplacements on va dire aussi à pieds et ainsi de suite. Ça va être faire les
75 courses, les activités type ménagère, les activités sociales donc les activités professionnelles aussi, et euh on
76 a une grille aux XXXX où on va se référer à ça pour essayer d'être le plus exhaustif possible, même si on
77 sait très bien qu'on ne l'est pas. Et après on se base sur cette grille où on va du coup définir les activités qui
78 sont vraiment importantes pour le patient ou pas. De temps en temps les patients nous le disent
79 automatiquement, enfin on leur demande au niveau est ce que vous avez des difficultés pour conduire, oui

80 par exemple j'ai des difficultés mais ça ne me pose pas de problème. J'ai mon mari qui conduit donc, ça fait
81 appel aussi à l'environnement du coup social du patient donc c'est pas forcément quelque chose de difficile
82 à obtenir.

83 **C : D'accord, et parfois on peut évoquer les rôles sociaux, est-ce que c'est quelque chose auquel toi tu**
84 **es attentif ou pas ?**

85 P8 : Ba les rôles sociaux c'est toujours intéressant, parce que cela fait partie de la sphère. Quand on parle
86 d'activités, de participation sociale ça fait appel et aux activités et au domaine sociale, enfin moi c'est
87 comme ça que je le conçois. Donc c'est toujours important, moi ce que j'entends par rôle social, je ne sais
88 pas si tu entends la même chose, c'est tout ce qui se réfère aux loisirs, au travail et ainsi de suite. Donc de
89 manière générale on est obligé de faire attention au domaine social surtout aux XXXX parce que la plupart
90 des patients, surtout dans mon service, sont surtout des patients qui sont jeunes, entre 30 et on va dire 70
91 ans, et automatiquement il y a toujours une problématique professionnelle qui vient s'inclure à l'intérieur et
92 de loisir aussi. Donc on est obligé d'y faire attention surtout que nous aussi on essaie de faire aussi des
93 études de poste, tout ce qui adaptation de poste de travail, donc le domaine social on y fait attention.

94 **C : D'accord, donc tu vas plutôt t'intéresser aux rôles finalement liés au travail et aux loisirs.**

95 P8 : Oui voilà, pas forcément toutes les autres sphères. Mais vraiment ces deux sphères là elles sont assez
96 développées.

97 **C : Ok, je vais te donner maintenant 6 notions, il va falloir que tu me dises celles que tu vas évaluer**
98 **systématiquement quand tu évalues les occupations de tes patients. Tu peux toutes les choisir, en**
99 **choisir aucune ou quelques-unes.**

100 P8 : Alors là pour la réalisation des occupations forcément. L'importance, la fréquence, ---- ça on va dire
101 c'est toujours entre les deux. Donc les deux autres c'était importance liée à la réalisation de l'occupation et
102 fréquence de réalisation des occupations. Le degré de réalisation des occupations, enfin tous tes termes ils
103 sont un peu proches quand même pour la plupart, donc c'est un peu compliqué.

104 **C : Degré de réalisation c'est est ce que la personne est capable ou pas de faire l'activité et à quel**
105 **degré.**

106 P8 : D'accord, donc ça forcément. Oui c'est forcément un des critères principaux de la prise en charge,
107 quand on fait les évaluations, quand on évalue vraiment le patient, on y prête attention. Ensuite, le choix de
108 l'occupation...

109 **C : C'est plus lié à l'autonomie, est ce que c'est le patient qui va décider lui-même de faire**
110 **l'occupation ou pas.**

111 P8 : Euh, c'est compliqué. Enfin forcément on le prend toujours en compte, tout ce qui est ici finalement on
112 le prend toujours en compte par rapport à la prise en charge. Si je devais les choisir, je pourrais tous les
113 choisir. Maintenant il y en a qu'on fait plus attention de manière indirecte parce que, les patients que l'on a
114 ici, la plupart ils sont autonomes. C'est rare dans mon service en tout cas, où un patient n'est pas forcément
115 autonome. Maintenant, est ce qu'il est indépendant ça c'est une autre question. Donc bien sûr que l'on y
116 prête attention, mais c'est de manière indirecte.

117 **C : D'accord, donc finalement ces deux là, satisfaction et choix tu les évaluerais de façon indirecte ?**

118 P8 : Je pense qu'elles sont évaluées de manière indirecte. C'est à dire que dans les évaluations qu'on fait on
119 y prête attention, parce que si on décèle quelque chose qui est lié à l'autonomie ou quoi que ce soit on va
120 l'évaluer de manière plus importante, maintenant ce n'est pas forcément ce qui vient de manière directe. Ce
121 qui est compliqué tu vois c'est l'amalgame entre le terme indépendance, autonomie. Parce que autonomie
122 c'est faire des choix, indépendance c'est vraiment lié aux aides humaines. En ergo on parle beaucoup
123 d'autonomie, on dit que les prises en charge sont centrées sur la personne, que du coup on travaille sur
124 l'autonomie et l'indépendance de la personne. Effectivement c'est quelque chose que l'on fait. Dans mon
125 service, c'est fait de manière un peu plus indirecte, même si elle est tout le temps présente.

126 **C : Ok. On passe à la suite, la participation sociale c'est quelque chose qui est assez émergent en**
127 **France, est ce que c'est quelque chose que toi tu vas évaluer quand tu fais tes évaluations ?**

128 P8 : Alors, la participation sociale c'est toujours pareil. La participation sociale si tu te réfères à tous les
129 modèles conceptuels tu vas toujours avoir une définition qui va être complètement différente. Alors moi je
130 vais te donner la définition que j'ai le plus tendance à utiliser, parce que c'est le modèle que l'on utilise le
131 plus ici. Donc la partie sociale nous on s'y réfère plus par rapport au PPH, et si je me trompe pas, ce serait la
132 réalisation des habitudes de vie en fait. Et les habitudes de vie ça se réfère en plusieurs catégories les

133 activités et tout ce qui est du domaine social en fait. Donc, si tu me demandes si j'évalue ça, forcément,
134 parce que tout ce qui est activités il va y avoir les soins personnels et tout ça, donc on évalue forcément
135 dans la grille. On a une grille qui n'est pas exhaustive, mais qui tente à l'être de manière globale. Et du coup
136 le domaine social, c'est ce que je t'expliquais aussi, on s'y réfère même si on n'est pas exhaustif sur les
137 catégories. Le PPH il y a 12 catégories si je ne me trompe pas qui sont vraiment divisées en deux. Si on
138 regarde toutes les catégories il y a des choses sur lesquelles on n'accède pas forcément. Mais on y participe
139 et par le domaine professionnel, et par les activités de la vie quotidienne et par le domaine on va dire du
140 loisir. Donc c'est quelque chose que l'on va évaluer. Maintenant, évaluer comment.

141 **C : On y viendra après ça. Est-ce que tu aurais d'autres choses à me dire sur l'évaluation des**
142 **occupations avant qu'on passe à la deuxième partie, où tu penses qu'on a plutôt fait le tour ?**

143 P8 : Je ne sais pas surtout sur quoi tu axes ton mémoire, même si tu m'as donné quelques clés.

144 **C : Moi là ça me va sur ce que tu m'as dit, mais s'il y a d'autres choses qui te viennent...**

145 P8 : Non pas forcément.

146 **C : Donc du coup le concept de participation sociale c'était quelque chose que tu avais déjà entendu**
147 **avant que je vienne t'en parler ?**

148 P8 : Oui, c'est quelque chose qu'on entend beaucoup en formation déjà.

149 **C : Alors c'est ce que j'allais te demander, est ce que tu pourrais te souvenir la première fois, en gros**
150 **le contexte, où tu en as entendu parler pour la première fois ?**

151 P8 : Alors quand on est en première année d'ergothérapie en formation on parle beaucoup des sciences de
152 l'activité, donc on parle beaucoup de participation sociale sans définir. C'est quelque chose qui reste très
153 flou, c'est quelque chose qui vient plutôt en deuxième année, ou peut-être en fin de première année je ne
154 sais plus, vraiment sur tout ce qui est modèle conceptuel, donc là on va avoir des modèles conceptuels, et on
155 va voir plusieurs modèles en formation, ça passe par le modèle du MCRO, ça passe par le MOH, le PPH et
156 ainsi de suite la CIF... et donc dans la plupart de ces modèles on entend participation sociale. Ce n'est pas
157 défini de la même manière, c'est quelque chose, c'est un terme en lui-même sur lequel on peut développer
158 un mémoire, ça a été fait d'ailleurs, donc forcément j'en ai entendu parler, en formation et c'était par rapport
159 aux modèles conceptuels.

160 **C : Est-ce que depuis que tu as commencé à travailler tu en as entendu un peu parler ou pas ?**

161 P8 : Non. Sincèrement quand on commence à travailler c'est toujours la frontière entre les deux. Quand on
162 est en formation on parle énormément des modèles conceptuels, quand on est en pratique on les utilise de
163 manière beaucoup moins, de manière indirecte, parce que en fait on les utilise sans forcément s'en rendre
164 compte, c'est le cas ici pour le PPH. On utilise énormément de modèles bio-psycho-sociaux dont fait partie
165 le PPH, et du coup on en entend plus forcément parler.

166 **C : Tout à l'heure tu m'as donné la définition de la participation sociale selon le PPH est ce que tu**
167 **pourrais m'en dire un peu plus, ou pour toi c'est assez complet comme c'est défini ?**

168 P8 : Ce n'est pas assez complet c'est ce que je viens de te dire, ça fait vraiment, il y a des mémoires qui sont
169 fait sur la participation sociale, l'année dernière, je parle de ce que je connais, l'année dernière, il y a eu
170 plusieurs mémoires qui ont été faits en lien avec soit des pathologies et la participation sociale. Donc c'est
171 un terme qui est vaste, qui dépend vraiment des modèles conceptuels suivant lesquels on va aborder, donc
172 ce que je viens de te dire la réalisation des habitudes de vie ce n'est pas assez complet, clairement. Ça fait
173 appel à beaucoup plus de choses. Maintenant par rapport à ce que moi j'utilise c'est vraiment la définition
174 que j'utilise.

175 **C : Ok, je vais te donner celle que j'utilise. Je prends comme modèle conceptuel ENOTHE, je ne sais**
176 **pas si tu connais ?**

177 P8 : ENOTHE ? oui

178 **C : Donc pour eux, ça va être l'engagement par l'activité dans une situation de vie socialement**
179 **contextualisée, donc c'est comment est-ce que la personne est impliquée au sein de la société. Et cette**
180 **implication elle va pouvoir se faire par l'intermédiaire des occupations et des rôles sociaux.**

181 P8 : D'accord. Et est-ce que tu penses que la participation sociale selon ENOTHE ou le PPH elle est
182 différente ou pas ?

183 **C : Euh, non parce qu'au final ce qu'a fait le groupe ENOTHE, c'est qu'ils ont recensé on va dire**
184 **toutes les définitions qui existaient de la participation sociale pour en faire une, qui ait une conception**
185 **Européenne que l'on puisse utiliser en France, en Europe. Donc au final ils se sont basés sur ce qui**

186 existait déjà, c'est juste que ce sont les termes qui sont différents. On ne va pas utiliser le terme
187 d'habitudes de vie ici, on va utiliser le terme d'activité dans des situations socialement contextualisées.
188 Au final, je pense que toutes les définitions veulent plus ou moins dire la même chose, ce sont juste les
189 définitions qui sont utilisées, qui ne sont pas équivalentes.

190 P8 : Parce que là on est quand même assez proche de la définition par le PPH, on n'a pas forcément le terme
191 d'habitudes de vie.

192 **C : Après c'est aussi comment sont conçues les choses par le modèle.**

193 P8 : Maintenant, là dans la définition je vois activité et je ne vois pas forcément occupation. Tu parles
194 d'Européen je pense que c'est par rapport à ça non ?

195 **C : Oui, en fait en France ils ont mis le terme d'activité parce qu'on utilise plus le terme activité**
196 **qu'occupation, mais quand tu reprends le modèle au final tu as les occupations qui permettent les**
197 **activités, qui permettent la participation sociale et les rôles sociaux. Pour toi ça va être quoi l'intérêt**
198 **de ce concept ?**

199 P8 : Quand tu me parles de participation sociale c'est quelque chose que l'on utilise forcément donc quel est
200 l'intérêt, c'est juste l'intérêt de l'ergothérapie pour moi. C'est ce que j'essaye de faire passer aux différentes
201 questions, c'est vraiment que le concept de participation sociale il n'est pas forcément maîtrisé par tout le
202 monde, moi le premier, d'autres personnes dans les ergothérapeutes. J'aurais plus tendance à dire dans les
203 ergothérapeutes qui ont un peu plus d'expérience parce qu'ils n'ont pas été formés forcément aux différents
204 termes. Maintenant, la participation sociale ça couvre vraiment les occupations et le domaine social, donc
205 c'est vraiment l'entité même des patients. Donc quand on évalue un patient, un contexte, un environnement,
206 ou quoi que ce soit on y fait directement appel en fait à la participation sociale. Donc l'importance elle est
207 juste centrale par rapport à l'ergothérapie. Enfin ça me paraît classique. En France on va dire l'ergothérapie
208 c'est la science par l'activité, le regain d'autonomie, ça va être le travail sur l'indépendance, mais tous ces
209 concepts sont forcément reliés à la participation sociale et par les habitudes de vie, domaine social et les
210 activités. Donc pour moi c'est très important.

211 **C : Ok. Est-ce que tu t'es déjà spécifiquement documenté sur ce sujet-là ?**

212 P8 : La participation sociale oui. J'ai déjà fait quand j'étais en formation, j'avais déjà regardé un peu les
213 différentes définitions de la participation sociale, et pour être franc malgré tous les mémoires qui sont faits
214 dessus, malgré les définitions des différents modèles, malgré les bouquins qui ont été faits dessus, c'est
215 compliqué vraiment d'avoir une définition propre de la participation sociale, même si tout le monde
216 comprend ce que c'est plus ou moins par rapport et au domaine social et aux activités, c'est quelque chose
217 qui est très différent par rapport aux modèles donc forcément je me suis documenté, forcément il faut faire
218 des choix, et moi mon choix était de se porter plus vers les habitudes de vie.

219 **C : Et est-ce que tu as eu du mal à trouver des articles dessus ?**

220 P8 : Non.

221 **C : C'était plus de la littérature étrangère ou Française ?**

222 P8 : Alors, c'est plutôt sur les recherches que j'ai faites moi c'est plutôt de la littérature Française, d'accord,
223 de la langue Française, francophone : du Canada, mais en tout cas traduit. Moins sur la littérature anglo-
224 saxonne parce que aussi je maîtrise moins la langue anglaise, maintenant c'est pas très compliqué d'avoir
225 quelque chose de très spécifique sur la participation sociale, tu vas sur n'importe quelle base de donnée soit
226 de mémoire, soit de thèse, soit de quoi que ce soit, tu tapes participation sociale, tu as un nombre important
227 de mémoire qui y font référence même si j'ai une critique à faire. C'est que sur ces mémoires la plupart du
228 temps, la participation sociale est très très rapidement développée sans, et plutôt très rapidement évoquée on
229 va dire ça comme ça, sans être vraiment développée et c'est là où du coup quand on lit différents mémoires
230 ou des thèses, on a tendance à se perdre parce que les définitions sont pas forcément en lien, c'est compliqué
231 de faire un lien entre toutes les définitions, et d'avoir un repère fixe en fait.

232 **C : D'après ce que tu me dis en fait, j'ai l'impression que pour toi ce qui est vraiment embêtant c'est**
233 **que tu aimerais juste une définition claire et précise et qu'on se dise on utilise celle-là.**

234 P8 : Voilà, en fait c'est un peu ça. C'est à dire que l'on essaie au maximum de donner une définition à
235 chaque concept, l'autonomie, l'indépendance, l'activité, l'occupation, enfin on essaie de vraiment de donner
236 des définitions propres à chaque choses et la participation sociale c'est quelque chose qui est encore
237 difficilement on va dire définissable d'une seule manière, parce que, c'est indirect au modèle conceptuel.
238 Donc forcément il y a différentes définitions et pour moi c'est ce que tu dis c'est vraiment le fait qu'il n'y ait

239 pas une seule définition, qui soit claire pour tout le monde et qui permette à toutes les personnes de partir
240 sur quelque chose de semblable et de cohérent pour tout le monde.

241 **C : Et tu t'y étais intéressé dans quel cadre ? Pour un mémoire ? Par rapport à des dossiers ?**

242 P8 : Alors il y avait et des dossiers, et mon mémoire pour une partie, j'avais changé de sujet pour mon
243 mémoire. Donc sur la première partie de mon mémoire j'avais fait avec la participation sociale. Ensuite j'ai
244 aussi fait appel à la participation sociale au départ dans mon métier quand je suis arrivé aux XXXX ça a été
245 une question que j'ai posé à mes collègues, c'était vraiment pour recentrer sur quel modèle eux ils utilisent,
246 sur quelle participation sociale ils se basent. J'essaie vraiment de recentrer sur l'activité aux XXXX en tant
247 que tel, et du coup ça a été une interrogation. Maintenant je ne vais pas te mentir, aux XXXX on a des
248 professionnels qui ont différentes expériences. Je ne parle pas forcément par rapport à la durée d'expérience,
249 parce qu'il y a des personnes qui ont l'expérience depuis 10-20 ans et qui sont largement au courant sur la
250 participation sociale et les modèles conceptuels, à l'inverse, il y a parfois des diplômés qui sont depuis 2-3
251 ans et qui n'ont pas forcément la définition. Donc quand on en discute c'est toujours compliqué de définir la
252 participation sociale parce que chacun à sa définition, chacun le voit de sa manière et on concrètement on a
253 toujours un peu de mal à se mettre d'accord sur quelque chose. Mais en même temps dans la littérature ils
254 ont un peu de mal aussi à se mettre d'accord sur quelque chose. Donc ça me paraît un peu cohérent.

255 **C : Ok, on va passer à la troisième partie, quand tu vas évaluer la participation sociale d'une**
256 **personne qu'est-ce que tu vas chercher comme données ?**

257 P8 : Euh, c'est un peu quand on parle de participation sociale, c'est un peu ce que tu m'avais mis sur les
258 étiquettes. Ça va être l'importance de l'activité pour la personne, c'est drôle parce que je parle beaucoup du
259 PPH et finalement de temps en temps ça fait un peu appel ce que la MCRO met un peu en avant, mais
260 concrètement ce n'est pas la MCRO du tout que j'utilise, mais c'est vraiment l'importance. En fait il y a
261 certains termes qui sont utilisés dans la MCRO qui ne sont pas forcément utilisés dans d'autres modèles
262 conceptuels, notamment le PPH et qui me paraissent fondamentaux pour la prise en charge. Quand j'évalue
263 la participation sociale, j'évalue déjà les activités que font les personnes, qu'est ce qui est important ou
264 significatif pour eux, et surtout l'importance qu'ils y portent. Ça c'est vraiment les critères de base puisque
265 moi je me base là-dessus et pour faire mon plan d'intervention et du coup pour organiser ma prise en charge.

266 **C : Ok. Quand tu vas évaluer les occupations ou les rôles sociaux de tes patients est ce que tu vas**
267 **utiliser un support en particulier ? Est-ce que tu vas faire par l'intermédiaire de l'entretien, par un**
268 **questionnaire, des outils validés ?**

269 P8 : De base nous on commence toujours par un entretien individuel, donc on va essayer d'évaluer la
270 participation sociale par un entretien individuel qui se fait par rapport à une grille, et une grille ou ce qu'on
271 appelle un bilan d'évaluation qui n'est pas forcément validé puisqu'il est propre aux XXXX et qui va
272 permettre de cibler les activités qui sont importantes, les activités qui sont parfois difficiles pour les
273 patients, et d'avoir du coup les objectifs en tant que tel. Ensuite je peux évaluer du coup aussi cette
274 participation sociale par des bilans validés.

275 **C : Ok, qu'est-ce que tu connaîtrais comme ?**

276 P8 : En fait il y a pleins de bilans qui ont été fait par rapport à la participation sociale, par rapport à des
277 modèles. Si tu regardes le PPH, ça va être plutôt la MHAVIE, la MCRO, ça va être la mesure du rendement
278 occupationnel. Ça c'est pas vraiment des évaluations que l'on fait nous. C'est pas ceux à quoi je me réfère.
279 C'est à dire que quand j'évalue mes activités, mes habitudes de vie de manière quotidienne, générale, je vais
280 différencier chaque activité pour le patient et on va dire cibler ce qui est compliqué pour le patient : ce qui
281 est difficile et ce qui est important. Si, je prends un exemple, si un patient dans ses habitudes de vie dans les
282 soins personnels par exemple la toilette habillage, il a des difficultés, je vais pas forcément utiliser la
283 MHAVIE ou la MCRO pour évaluer ça, mais je peux très bien utiliser des bilans validés : la MIF ou quoi
284 que ce soit, pour vraiment évaluer de manière plus précise ces difficultés parce que du coup l'entretien ce
285 n'est pas suffisant. Il faut des mises en situation. Ça passe par des bilans validés, et la plupart du temps on
286 est quand même aussi orienté sur certains bilans, et par les médecins parce que c'est des bilans que eux
287 maîtrisent plus, et qu'ils ont plus l'habitude d'avoir. Et de manière générale, en France aussi. Quand on parle
288 de MIF c'est beaucoup plus connu que d'autres bilans comme Barthel ou autre chose.

289 **C : D'accord, donc pour toi du coup, ce serait plus ce que tu veux dire une contrainte de**
290 **l'établissement par rapport à ce que ...**

291 P8 : Alors je ne vais pas vraiment dire une contrainte, parce que c'est plutôt, une orientation. C'est à dire
292 qu'eux ont plus tendance à utiliser ça, ils ont plus l'habitude d'utiliser ça, donc de manière globale on va
293 utiliser ça. Maintenant, ça ne nous empêche pas d'utiliser la MCRO, nous on l'a ici. On peut l'utiliser. On
294 l'utilise pour certains cas, mais pas de manière systématique. Donc c'est vraiment dans certains cas. Tous les
295 patients on va dire quel que soit leur orientation, que ce soit de la rééducation, ou de la réadaptation moi je
296 les évalue au départ de la même manière. Ensuite j'essaie de faire le distinguo entre rééducation et
297 réadaptation. La MCRO moi j'aurais plus tendance à l'utiliser dans la réadaptation pour les patients qui ont
298 vraiment des grosses difficultés, une pathologie assez prenante où on a beaucoup d'activités de vie
299 quotidienne qui sont touchées du coup il faut essayer de mettre un degré d'importance en fait dans
300 différentes activités car on ne peut pas aller de partout et se dissiper. Donc là-dessus j'aurais plus tendance à
301 utiliser la MCRO, sur du plus commun dans mon service j'utiliserais du coup l'entretien pour cibler les
302 activités qui sont difficiles pour mes patients et utiliser plutôt des évaluations validées mais qui ne sont pas
303 forcément en lien avec des modèles conceptuels.

304 **C : Pour toi est ce qu'il va y avoir des obstacles ou des difficultés pour mesurer cette participation**
305 **sociale ?**

306 P8 : La subjectivité déjà. Ne serait-ce que ça. Quand on parle de thérapeute, on dit que les thérapeutes c'est
307 objectif, c'est censé être le plus objectif possible, maintenant il y a toujours un degré de subjectivité lié à la
308 personne. C'est aussi le degré de subjectivité par rapport au patient. Quand le patient me dit que cette
309 activité est très importante pour lui, qu'il lui accorde un degré d'importance à 10, et que pour le coup au
310 niveau du rendement on est à 2, ba ça nous appelle. Alors que nous quand on va évaluer les activités et que
311 l'on va voir qu'il y a quelque chose qui le met en difficulté, qui est plutôt de l'ordre de la sécurité, c'est
312 toujours compliqué de mettre en avant une activité que lui aime bien alors qu'il y a la sécurité à la base.
313 Rien que la subjectivité liée au thérapeute et au patient c'est déjà compliqué. C'est pour moi on va dire le
314 point central, ou la difficulté première de l'évaluation de la participation sociale. Et puis après il y aussi le
315 fait d'avoir des bilans qui sont validés, la MHAVIE, la MCRO et qui sont des bilans que tous les
316 établissements ne possèdent pas. Nous on a la chance d'avoir la MCRO, maintenant, parfois on l'utilise,
317 parfois on ne l'utilise pas ça dépend des contextes. En adultes, on n'utilise pas forcément de manière
318 systématique. Chez les enfants en pédiatrie ils ont plus tendance à l'utiliser, il y a eu une formation sur la
319 MCRO dans le service quand ils ont fait l'acquisition du bilan. Et on n'a pas forcément tous les bilans ici,
320 donc c'est aussi un autre point un peu contraignant pour évaluer la participation sociale c'est à dire que
321 suivant ce que t'utilises t'as pas forcément les outils pour.

322 **C : Ok. Pour toi l'intérêt de la mesurer ça serait quoi ?**

323 P8 : C'est comme pour la question de l'importance. Quelle importance tu fais ou quel est l'intérêt de la
324 mesurer pour moi c'est la même. Enfin c'est au centre du patient. Après c'est quelque chose que l'on évalue
325 forcément de manière indirecte quand on n'est pas forcément au courant de ce que c'est la participation
326 sociale, ou de manière directe. Donc si l'importance elle est forte, l'intérêt est aussi fort. Enfin, ça me paraît
327 logique et cohérent. Donc l'intérêt il est primordial, parce que c'est toujours pareil, c'est quelque chose qui
328 va permettre au patient de se révéler en tant que le patient même. Il a des activités, il a des loisirs, qui sont
329 complètement parfois différents des nôtres, c'est très important pour lui, ça ne l'est pas forcément pour nous.
330 Mais c'est là l'enjeu du coup de la participation sociale, si j'évalue mon patient, si je veux mener à terme une
331 prise en charge correcte et cohérente avec ses projets, la participation sociale à tout son intérêt au sein de la
332 prise en charge.

333 **C : Ok. On passe aux deux dernières questions, pour toi qu'est-ce que l'on pourrait faire pour que la**
334 **mesure de la participation sociale se développe ?**

335 P8 : Déjà, il faudrait simplifier la définition, la rendre plus accessible à tout le monde, et du coup aux
336 étudiants en formation, et aux professionnels qui sont déjà en exercice, sans faire de distinguo forcément sur
337 la durée d'expérience, même si ça a forcément un biais qui se fait par rapport à ça. Donc déjà la rendre plus
338 accessible, ça serait déjà un grand pas fait en avant puisque la plupart des ergothérapeutes vont l'évaluer
339 sans savoir la définir. Ensuite il y a l'accessibilité des moyens d'évaluation par rapport à la participation
340 sociale. Que ce soit des bilans plutôt en référence à des modèles conceptuels. Ou des bilans qui sont
341 complètement autres, mais qui vont participer du coup à cette évaluation-là. Qui ne font pas référence
342 directement, mais que nous on va pouvoir utiliser pour faire référence à ces activités-là. C'est quelque chose
343 qui est assez compliqué, quand on voit le prix des bilans, tous les centres ne l'ont pas, il faut souvent

344 pouvoir négocier, justifier l'achat et c'est là où c'est compliqué. Parce que tous les centres ne le font pas de
345 manière systématique. Nous on n'utilise pas la MCRO de manière systématique, et pourtant ne serait-ce que
346 pour 3 ou 4 patients c'est toujours intéressant de l'avoir. Ça nous permet d'avoir d'autres outils, de pouvoir
347 analyser plus finement et de manière plus cohérente par rapport au patient ses activités qui lui posent
348 vraiment problème et qui sont vraiment les plus significatives par rapport à lui. Donc c'est quelque chose
349 qui pêche énormément aujourd'hui dans les centres. Et je ne parle pas forcément des XXXX, parce que
350 j'aurais plutôt tendance à dire qu'au niveau des XXXX on n'est pas si mal loti par rapports aux bilans
351 contrairement à d'autres établissements que j'ai pu faire, des stages ou autres.

352 **C : D'accord. Pour toi comment est-ce que l'on pourrait faciliter le passage des concepts théoriques**
353 **dans la pratique ? Pas forcément sur le concept de participation sociale, mais on va dire de manière**
354 **générale ?**

355 P8 : Euh, je pense que ça passe forcément par des études de cas. Quand on lit un modèle conceptuel, quand
356 on est formé sur les modèles conceptuels, ça reste du concept. Ça reste quelque chose de flou, d'assez
357 compliqué à maîtriser, à comprendre, et je pense que ça passe toujours par des études de cas, des exemples
358 pour différencier pourquoi on utiliserait plutôt ce modèle conceptuel là dans cette situation. Je prends un
359 ouvrage en référence dans notre formation. On avait un bouquin avec Morel-Bracq, les modèles
360 conceptuels, qui du coup pour la plupart des modèles conceptuels va mettre en lien un exemple et qui
361 permet du coup de comprendre et le modèle conceptuel, et aussi comment il est mis en application. Donc ça
362 c'est vraiment important. A l'inverse il y a des modèles conceptuels où il n'y a pas forcément d'exemple,
363 d'études de cas où c'est beaucoup plus compliqué de comprendre. Je prends par exemple le PPH, je sais que
364 dans son bouquin elle l'explique très bien, il n'y a pas d'exemples, néanmoins elle renvoie à un site internet,
365 RIPPH qui permet d'avoir une étude de cas où c'est ciblé dessus. Ça c'est très bien, ça permet vraiment de
366 comprendre tous les concepts. Pour moi ça serait donc déjà la mise en pratique théorique par les études de
367 cas et ensuite par la mise en pratique, des formations, des conférences, des choses comme ça. De manière
368 globale j'en entends pas forcément parler des conférences des différents modèles conceptuels. Quand j'en
369 discute avec mes collègues de temps en temps j'ai l'impression qu'il y en a quand même pas mal. Donc je
370 pense qu'il y a aussi une grande amélioration à faire sur l'information des différentes formations et
371 conférences ou mise en pratique des différents modèles pour justement promouvoir et les modèles, et la
372 mise en pratique, et donc du coup forcément la participation sociale.

373 C : Ok, on en a fini, merci beaucoup.

Annexe 27 : Retranscription P9

1 **C : Alors pour commencer est ce que tu pourrais me décrire les missions que tu as au sein**
2 **du SSR dans lequel tu travailles ?**

3 P9 : Alors la première mission quand les patients arrivent il faut que je fasse leur installation en
4 chambre, donc adapter le matelas, adapter le fauteuil sur lequel ils vont être assis ect... des
5 coussins de positionnement...Euh ensuite pour les patients on répartit le travail selon l'équipe
6 pluridisciplinaire, donc les kinés ils font plutôt ce qui est rééducation à la marche, tout ce qui est
7 fracture des membres inférieurs et on va faire les membres supérieurs. Donc quand on a des
8 patients qui ont fracture ou quoique ce soit au niveau des membres supérieurs je vais les suivre en
9 rééducation, donc pour eux je fais une évaluation des capacités au début, ensuite un suivi. Et je
10 fais rarement une évaluation de fin parce qu'en fait au niveau des sorties, c'est un peu souvent
11 rapide donc c'est... donc au niveau de l'organisation du travail, il y a encore à travailler. Après
12 quand on a des patients qui viennent pour des prothèses par exemple, prothèse de hanche je fais
13 du conseil, pareil pour le dos, les conseils en économie rachidienne. Et puis pour tous les autres
14 que je ne vois pas en rééducation, la plupart j'ai quand même des prescriptions pour l'évaluation
15 du domicile donc pour l'aménagement à domicile. Donc à peu près tous les patients soit pour
16 installation soit pour revoir le domicile. Et donc au total il y a à peu près 70 lits et je suis la seule
17 ergo. Donc voilà.

18 **C : Et donc du coup c'est un hôpital ou un SSR ?**
19 P9 : C'est un SSR.
20 **C : D'accord ok. Et quand tu vas établir ton plan d'intervention sur quoi est-ce que tu vas te**
21 **baser ?**
22 P9 : Euh, plutôt par rapport aux patients que je suis ou peu importe ?
23 **C : Et bien quand tu accompagnes un patient sur quoi est-ce que tu te bases pour faire ton**
24 **plan d'intervention ?**
25 P9 : Euh, alors comme du coup j'ai des prescriptions pour presque tous les patients, même quand
26 il n'y a pas forcément besoin de mes services ou que ce n'est pas une priorité en fait je me base sur
27 le dossier médical, je regarde tout ce qu'il y a dans le dossier, donc les pathologies, les
28 antécédents, et quelques renseignements sur où est ce qu'ils vivent etc. Et puis, souvent, en fin de
29 compte chaque semaine on fait un staff par étage, il y a une présentation aussi du patient, donc
30 parfois j'ai même pas le temps de les voir plus que pour l'installation donc en fait je me base là-
31 dessus, sur ce que me disent les équipes de comment ça se passe au quotidien. Et après quand il y
32 a besoin d'un suivi je vais voir les patients dans leur chambre et je fais une première prise de
33 contact / entretien pour voir déjà comment ils sont, parce que parfois en gériatrie on a des troubles
34 cognitifs qui sont pas dans le dossier. Donc comme ça je fais un premier sondage, je me présente,
35 je présente mon rôle, je leur dis que j'ai reçu une prescription pour eux etc euh voilà. Quand j'ai le
36 temps je fais tout de suite la première évaluation donc si c'est par exemple une épaule ba je vais
37 faire bouger le bras pour voir la force, et les amplitudes. Et ensuite je fais un suivi normal. Pour
38 les autres quand ils rentrent à domicile là j'attends qu'ils aient une date de sortie de fixée quand
39 même, parce que sinon je vais les voir trop tôt et ils ne sont pas du tout dans l'objectif de retourner
40 chez eux, plutôt dans est ce que je vais remarquer etc... Donc une fois que je sais quand ils
41 rentrent je prends des infos pareil auprès des kinés pour savoir ce qu'il en est, auprès de l'équipe
42 soignante parfois quand je sais que c'est un peu compliqué, enfin quand je sais qu'il y a besoin
43 d'aide à l'étage et du coup je vais les voir avec tout ça. Je leur pose des questions sur toutes les
44 activités qu'ils font, comment ils font actuellement, comment ils faisaient avant et comment est
45 leur domicile. Donc, voilà.
46 **C : Et justement quand tu prépares les retours à domicile est ce que t'es amenée à te**
47 **déplacer souvent sur les lieux de vie des patients ?**
48 P9 : Alors en fait non, dans l'établissement c'est un problème d'assurance enfin quelque chose du
49 genre, ce qui fait que je ne vais pas au domicile des patients. Donc je ne fais que sur entretien, soit
50 avec le patient, soit avec les proches quand la personne âgée est pas capable de le faire toute
51 seule. Donc des entretiens avec les familles, parfois on fait juste par téléphone. Je fais rarement
52 sur photo. Une fois les personnes m'ont emmené les photos pour que je vois un peu plus. Mais
53 souvent c'est plus une description du logement. Mais voilà c'est pas facile.
54 **C : Oui, ça ne doit pas être évident. Et du coup, je vais aborder maintenant de façon plus**
55 **précise l'évaluation des occupations, mais avant que je commence à parler de ça, est ce que**
56 **toi tu fais une différence entre activité et occupation, car je vais utiliser le terme**
57 **d'occupation pendant tout l'entretien ?**
58 P9 : Euh, non pour moi c'est un peu la même chose.
59 **C : D'accord**
60 P9 : Je veux bien que tu me redises du coup la différence.
61 **C : Alors, déjà comment est-ce que toi tu le définirais ?**
62 P9 : Euh, je sais pas c'est une activité qui a un but, une action euh.... Franchement je ne sais pas.
63 Je dirais vraiment que c'est la même chose qu'activité. Je sais qu'il y a une différence, mais je ne
64 sais plus.

65 **C : D'accord, moi dans mon mémoire l'occupation ça va être plus global que l'activité.**
66 **L'activité c'est ce que tu dis ça va vraiment être l'action, le fait de faire quelque chose, alors**
67 **que l'occupation ça va être tout ce qu'il y a déjà en amont, donc pourquoi est-ce que la**
68 **personne fait cette activité, quelle est sa motivation pour la faire, et puis qu'est-ce que ça va**
69 **apporter à la personne.**

70 P9 : Ok.

71 **C : Et quand tu vas évaluer les occupations de tes patients qu'est-ce que tu vas chercher à**
72 **collecter comme données ?**

73 P9 : Euh surtout je commence déjà surtout par les occupations de soins personnels : tout ce qui est
74 toilette/habillage/repas. Tout ce qui est soin primaire. Et quand par exemple ils me disent qu'ils ne
75 le font pas tout seul, je leur demande si ça les gêne, ou si ça leur va que quelqu'un le fasse pour
76 eux ou que voilà qu'il y ait une personne qui vienne chez eux etc. Après quand c'est plutôt loisirs,
77 ba ouai je leur demande ce qu'ils aiment faire, et s'ils y arrivent encore. Est ce qu'ils trouvent
78 qu'ils se mettent en danger pendant leurs activités parce qu'en fait je fais beaucoup de prévention
79 des chutes. Qu'est-ce que je demande d'autre...

80 **C : Est-ce que tu vas par exemple avoir une grille d'entretien, ou quelque chose sur lequel tu**
81 **te bases pour poser des questions ?**

82 P9 : Euh j'ai juste je me suis fait une fiche bilan entre guillemets, mais c'est vraiment très succinct
83 en fait. Je mets activités basales, toilettes/habillage, transport, déplacement, transfert, élimination,
84 loisirs... voilà.

85 **C : Et tu as dit que tu cherchais à savoir si le patient se débrouillait seul, s'il avait besoin**
86 **d'aide, est ce que tu cherches d'autres choses que ça ?**

87 P9 : Ba du coup je cherche en lien, comment est son environnement, comment il doit faire pour
88 faire son activité. Comment il fait, que ce soit l'environnement social ou physique parce que des
89 fois il y a un mari, des enfants etc... Qu'est ce qui est important pour eux, enfin dans les loisirs, ce
90 qui serait le plus important pour eux. S'ils n'y arrivent pas, quand ils ont perdu leurs loisirs, qu'est
91 ce qu'ils aimeraient le mieux retrouver etc... Voir si je peux avoir des petites aides techniques
92 voilà.

93 **C : Et parfois on peut être amenée à évaluer les rôles sociaux, est ce que c'est quelque chose**
94 **que toi tu vas prendre en compte ?**

95 P9 : Euh oui. Parce que souvent ils sont des associations, ou alors ils ont un club de voisin. Donc
96 rien que le fait de ne plus pouvoir se déplacer au club et ben pour certains c'est la catastrophe.
97 Donc, oui je le prends en compte. Pareil par rapport aux petits enfants ect, jouer avec eux, les
98 garder parfois... Ou simplement le rôle d'aidant par rapport au conjoint, voilà.

99 **C : Ok. Maintenant je vais t'envoyer 6 notions et je vais te demander lesquelles tu vas**
100 **évaluer de façon systématique. Donc quand tu fais ton évaluation, lesquelles tout le temps tu**
101 **vas utiliser.**

102 P9 : euh la fréquence, enfin l'aide c'est lié à l'indépendance du coup ?

103 **C : Oui c'est est ce que la personne a besoin d'aide pour réaliser l'activité ?**

104 P9 : Ba ça c'est sûr, à chaque fois, c'est même la principale d'ailleurs. Euh, quand ils ont besoin
105 d'aide je leur demande ce qu'ils arrivent à faire quand même, donc oui le degré de réalisation, euh,
106 la satisfaction pareil quand ils disent qu'ils y arrivent pas je leur demande si ça leur pose
107 problème. Pareil pour l'importance, ça va être quand ils ont un problème je leur demande qu'est-ce
108 que ça impacte, est ce qu'ils sont tristes parce que c'était important pour eux, et puis c'est
109 important pour leur indépendance. Euh le choix c'est quoi pour toi ?

110 **C : Le choix, c'est est ce que la personne a décidé elle-même de faire cette occupation-là, ou**
111 **est-ce que cela va être plutôt une contrainte de la réaliser.**

112 P9 : D'accord, ba non je ne pense pas.

113 **C : Le concept de participation sociale, c'est quelque chose qui arrive en France, est ce que**
114 **toi tu vas l'évaluer ?**

115 P9 : euh non. Non non ce n'est pas une priorité du coup, pas directement comme ça. Peut-être que
116 je vais y venir, mais ça ne va pas être un objectif de l'évaluer.

117 **C : D'accord, et pourquoi tu dis pas directement ?**

118 P9 : Parce que du coup si je recoupe par le biais des loisirs j'y viens, donc là je m'intéresse quand
119 même à la participation, peut être que s'ils vont avoir un handicap qui va rester ils vont diminuer
120 leur participation sociale mais ça va pas être une évaluation juste là-dessus en fait. Ça va être si la
121 personne montre qu'elle a une vie sociale ou une participation sociale qui est importante et que là
122 elle se rend compte qu'elle a très peur que ce ne soit plus possible, je vais y venir mais de moi-
123 même, s'ils ne m'en parlent pas je ne vais pas en parler.

124 **C : Donc là on a fini la première partie, est ce que tu aurais des éléments que tu aimerais**
125 **rajouter par rapport au processus d'évaluation avant que l'on passe à la deuxième ?**

126 P9 : Non.

127 **C : Ok, c'est sur le concept de participation sociale, est ce que c'est un concept dont tu avais**
128 **déjà entendu parler avant que je fasse mon entretien ?**

129 P9 : Oui, après est ce que j'avais la bonne définition, je ne sais pas.

130 **C : Dans quel contexte est-ce que tu as entendu parlé de participation sociale ?**

131 P9 : Euh, ba forcément pendant mes études. Après spécifiquement ba moi ça me fait aussi penser
132 au Canada, quand j'étais en psychiatrie avec des enfants et du coup l'ergo elle s'intéressait quand
133 même parce que forcément les enfants avec l'école et tout ça la participation sociale c'est
134 important. Du coup, au Québec, et puis sinon ça me fait penser aux modèles conceptuels un petit
135 peu, parce que c'est juste des mots qui sont posés sur les choses.

136 **C : Mais est-ce que par exemple de prime abord c'est un mot que vous utilisez au SSR ou**
137 **pas du tout ? Ou pas en ces termes ?**

138 P9 : Non pas en ces termes.

139 **C : Et vous parleriez plutôt de quoi alors ?**

140 P9 : Vie sociale, pas forcément la participation, mais plus vie sociale.

141 **C : Et donc on en vient à la question qu'est-ce que tu pourrais me dire, comment tu pourrais**
142 **me définir avec tes propres mots la participation sociale ?**

143 P9 : Euh c'est le fait de pouvoir s'engager dans une activité sociale, c'est à dire avec d'autres
144 personnes. Voilà. Oui voilà, c'est surtout ça pouvoir s'engager dans une activité avec d'autres
145 personnes.

146 **C : D'accord, tu as quasiment la définition que j'utilise pour mon mémoire. Je vais te la**
147 **donner. Donc c'est "l'engagement par l'activité dans des situations de vie socialement**
148 **contextualisées". Donc ça va être comment est-ce que l'individu peut s'impliquer dans la**
149 **société par l'intermédiaire de ses occupations et de ses rôles sociaux.**

150 P9 : Ok, c'est un peu différent quand même.

151 **C : C'est un peu différent oui et non parce que du coup tu m'as parlé d'engagement, de vie**
152 **sociale. Est-ce que tu veux que je te redonne un peu plus d'éléments là-dessus ou c'est bon ?**

153 P9 : Non ça va, pour l'instant ça va.

154 **C : Ok, pour toi est ce qu'il y a un intérêt d'avoir ce concept en ergothérapie ?**

155 P9 : Euh, oui. Surtout en gériatrie, parce que l'on se rend compte qu'il y a beaucoup de personnes
156 isolées, donc le fait de trouver une activité qui va les rattacher un peu à la vie sociale c'est
157 important. Mais après à mettre en pratique au quotidien, moi je n'y arrive pas forcément, mais
158 c'est sûr que ça reste important.

159 **C : Est-ce que tu t'es déjà spécifiquement documenté sur ce sujet-là ?**

160 P9 : Non.

161 **C : Est-ce que c'est parce que tu n'as pas eu le temps, pas forcément quelque chose qui**
162 **t'intéresse, ou tu n'y as pas pensé etc ?**

163 P9 : Euh je pense que je n'ai pas le temps d'y penser. Là je suis encore dans la première année, je
164 suis un peu, j'arrive à me poser, mais je n'ai pas le temps de trop aller rechercher dans les modèles,
165 ou dans la théorie comme ça.

166 **C : Est-ce que tu aurais d'autres éléments à rajouter sur ta compréhension de la**
167 **participation sociale par rapport aux questions que je t'ai posé ? Sinon on passe à la**
168 **troisième partie.**

169 P9 : Euh, non pas spécialement. Mais c'est sûr qu'en gériatrie je pense que c'est un concept qui est
170 vraiment important, enfin le reste aussi, mais là surtout avec cette population. Il y en a tellement
171 de patients qui perdent leur vie sociale, leur participation sociale parce que soit un conjoint
172 décède, soit il y a des troubles, ils ne sortent plus etc.. Je pense que ça serait à développer oui.

173 **C : D'accord. Donc on va passer à la troisième partie qui est sur la mesure de la**
174 **participation sociale. Donc si tu avais à mesurer la participation sociale qu'est-ce que tu**
175 **chercherais à avoir comme données ?**

176 P9 : Euh, par quelles activités ils vont avoir cette participation sociale, quelles activités ils vont
177 avoir pour entrer en contact avec les gens. Euh, à quelle fréquence ils les font. Est ce qu'ils sont
178 satisfaits, et ce qu'ils ont des difficultés, est ce qu'il y a besoin de quelque chose pour qu'ils y
179 arrivent mieux, euh... Oui c'est ça. Quelle activité, quelle fréquence, est ce qu'il y arrive bien, est
180 ce qu'ils ont besoin d'aide, et est ce qu'ils sont satisfaits.

181 **C : D'accord. Quand tu vas évaluer soit les occupations, soit les rôles sociaux de tes patients,**
182 **sur quels outils tu vas te baser ? Que ce soit des questionnaires, des instruments de mesure,**
183 **qu'est-ce que tu vas utiliser ?**

184 P9 : Euh, moi j'ai très peu d'instruments de mesure pour l'évaluation. Et en fait je ne fais que en
185 entretien. Je n'ai pas forcément de trame, je fais juste un entretien, je sais à peu près sur quelles
186 activités me baser comme je te disais au début, et après c'est juste un entretien comme ça, je n'ai
187 pas de trame, rien du tout.

188 **C : D'accord, et pourquoi est-ce que tu préfères utiliser l'entretien ?**

189 P9 : Euh, parce que je ne vois pas quoi utiliser d'autre. Je ne sais pas comment, parce que moi je
190 ne peux pas forcément observer dans ma pratique, donc ça sera forcément par un entretien. Je ne
191 vois pas forcément d'instruments de mesure, enfin par questionnaire, mais je n'en n'ai pas trouvé,
192 ou je n'ai pas cherché. Et puis avec la personne âgée je trouve que cela est important d'entrer dans
193 la discussion autre que juste lui faire dire oui/non, et dans un questionnaire je trouve que c'est plus
194 important le côté relationnel car ils ont vite fait de se braquer un peu face à la blouse blanche et
195 que c'est la quinzième personne à entrer dans leur chambre.

196 **C : Oui, c'est moins cadrant le fait d'utiliser l'entretien.**

197 P9 : Oui, et puis tu les laisses, ou alors il y en a il faut que tu ailles les chercher pour qu'ils parlent
198 mais il y en a il faut vraiment accrocher pour qu'ils commencent à parler parce que quand on leur
199 parle de leur vie privée comme ça dans les activités ce n'est pas toujours évident. Cela fait des
200 années qu'ils font comme ça, donc c'est normal, pourquoi est-ce que je changerais. Donc entretien,
201 en tout cas je pense que c'est l'outil qui me correspond le mieux.

202 **C : D'accord ok. Si tu étais amenée à évaluer la participation sociale, qu'est-ce que tu**
203 **utiliserai comme outil ?**

204 P9 : Je pense que je ferais aussi un entretien, oui. L'entretien.

205 **C : Est-ce que tu connaîtrais des outils on va dire entre guillemets standardisés qui**
206 **permettraient d'évaluer la participation sociale ou pas ?**

207 P9 : Euh non comme ça non je n'en connais pas. Après je pense que je peux les retrouver assez
208 facilement dans nos cours qui ne sont pas trop loin, ou sur internet, mais euh non je n'en n'ai pas
209 comme ça.

210 **C : D'accord, et selon toi ce serait quoi les obstacles à la mesure de la participation sociale ?**

211 P9 : Euh, la priorité par rapport au temps que j'ai par patients. En fait j'ai 70 patients, il faut que,
212 j'ai une prescription pour tous, donc je ne peux pas prendre le temps pour tous d'aller chercher
213 jusqu'à la participation sociale. Euh, après pour certains patients qui ne vont pas comprendre
214 pourquoi je pose toutes ces questions, donc.. Euh, après certaines pathologies de patients, il y en a
215 certains pour qui je n'irais pas chercher très loin quand il y a des troubles cognitifs ou des
216 démences. Oui en fait moi c'est surtout le temps qui m'empêche de faire l'évaluation de la
217 participation.

218 **C : D'accord, parce que en gros c'est quoi la durée de séjour de tes patients ?**

219 P9 : Je crois qu'en moyenne c'est au tour d'un mois.

220 **C : D'accord, donc c'est court.**

221 P9 : Donc ça enchaîne assez rapidement, et donc voilà. Après ceux qui restent plus longtemps
222 forcément je les connais mieux, je prends plus le temps. Mais globalement, un mois, un mois et
223 demi.

224 **C : D'accord, pour toi est ce qu'il y aurait un intérêt à mesurer la participation ?**

225 P9 : Euh oui. Ba surtout parce que c'est la population qui peut être vite isolée donc, sachant que
226 c'est très important aussi de garder ses capacités autres, parce que quand on est tout seul on a plus
227 tendance à ne rien faire et donc juste les autres peut être une motivation pour faire l'activité. Oui je
228 pense que c'est important.

229 **C : Et qu'est-ce que cela t'apporterait d'avoir finalement cette mesure-là ?**

230 P9 : Euh, peut-être un peu plus un poids auprès des médecins. Pour leur montrer l'importance
231 justement de cette participation sociale, pour que les patients restent plus longtemps en
232 rééducation justement. Pour qu'ils aient un peu plus confiance en eux pour justement reprendre
233 leurs activités. Parce qu'il y en a beaucoup, il y en a qui rentrent chez eux au bon moment, mais il
234 y en a d'autres je trouve que c'est un peu rapide les départs. Et donc le fait de rester un tout petit
235 peu plus permettrait d'aller plus loin en rééducation ça serait pas un mal. Et donc passer par
236 l'importance de la vie sociale etc peut être que cela serait intéressant.

237 **C : Et donc selon toi ça c'est quelque chose dont les médecins n'ont pas conscience ?**

238 P9 : Euh je ne sais pas s'ils en n'ont pas conscience, mais en tout cas ce n'est pas leur priorité ça
239 c'est sûr. Leur priorité c'est juste qu'ils puissent rentrer chez eux en marchant à peu près bien,
240 qu'on mette les aides qui correspondent à leur niveau de dépendance, mais la vie sociale je ne suis
241 pas convaincue, à moins que les enfants. Enfin à par la vie familiale en fait. Je ne suis pas
242 convaincue, enfin qu'ils n'ont pas le temps, enfin il y a pleins de raisons, mais ce n'est pas une
243 priorité pour eux.

244 **C : D'accord, est ce que tu aurais d'autres éléments que tu pourrais m'apporter par rapport
245 à la façon sont tu conçois la mesure de la participation sociale ?**

246 P9 : Euh je réfléchis... ----- Je ne sais pas trop. Là je sais que la participation sociale dans un
247 centre de rééducation. Ba l'activité qui va leur permettre d'être en lien avec les autres patients ça
248 va être par exemple tout ce qui va être activité de groupe et on voit très bien que ça leur fait du
249 bien de parler avec d'autres patients. Il y en a très peu qui descendent manger parce que justement
250 ils préfèrent être tout seul. Donc l'activité manger elle est anti-participation sociale et alors que
251 l'on voit très bien que cela leur apporte beaucoup quand ils sont en groupe parce qu'ils se rendent
252 compte qu'ils ne sont pas tout seuls, donc juste au sein du centre de rééducation il y a beaucoup de
253 groupe en fait que l'on a mis en place, et du coup on voit que cela fait du bien.

254 **C : Ok, on passe juste aux deux dernières questions. Pour toi qu'est-ce que l'on pourrait**
255 **faire pour que la mesure de la participation sociale se développe ?**

256 P9 : Euh, ce qui marche bien avec les cadres de santé c'est tout ce que l'HAS met en place, ou les
257 ARS etc... Donc passer par les institutions comme ça au niveau national ou au niveau régional et
258 que cela passe par les cadres de santé, parce que si cela passe directement juste par l'ergo c'est
259 difficile de défendre son bout de steak quand ça n'a pas d'importance pour le reste de l'équipe.
260 Donc je pense que ce qui pourrait aider c'est que le plus de professionnels que les ergothérapeutes
261 soient sensibiliser à cette participation sociale et pas que les cadres.

262 **C : Ok, est ce que tu verrais d'autres choses ? et qu'est-ce que tu pourrais suggérer (on sort**
263 **du concept de participation sociale), mais pour faciliter le passage des concepts théoriques**
264 **en pratique ?**

265 P9 : Euh, je ne sais pas comment cela pourrait être mieux fait. Je sais que moi j'ai beaucoup de
266 mal. Pour moi la théorie en ce moment à laquelle je me réfère c'est plutôt l'anatomie et du coup
267 tout ce qui est concept plutôt théorique sur la pratique je ne sais pas. Peut-être prendre le temps
268 plus en stage. Et je ne suis même pas convaincue que cela soit facile, parce que les maîtres de
269 stage ne sont pas forcément sensibilisés non plus. Mais en fait en début de la pratique c'est
270 compliqué de, peut être que plus tard j'y arriverais un peu plus de baser ma pratique sur la théorie
271 mais là c'est juste de la gestion de tout ce que j'ai à gérer et forcément j'ai quelques bases de
272 théorie parce que j'ai eu 3 ans de formation etc mais c'est pas, enfin je n'ai pas cette petite lumière
273 tout le temps : rapporte-toi à la théorie et aux concepts théoriques. Je ne sais pas, peut-être par les
274 stages.

275 **C : D'accord, ok. Et ben super, on a fini l'entretien, merci beaucoup d'avoir participer.**