

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Filière : Ergothérapie**

**Le groupe thérapeutique : une médiation à la participation sociale
pour le résident en EHPAD**

Etat des lieux des évaluations et des critères sur lesquels se basent les
ergothérapeutes pour former les groupes thérapeutiques en EHPAD

Mémoire présenté et soutenu par
Chloe DUEYMES en juin 2019



Mémoire dirigé par

Isabelle Michel
Ergothérapeute
Centre gériatrique de Cornil

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à réaliser ce mémoire :

Madame Isabelle Michel, directrice de mémoire, d'avoir accepté de suivre et de m'accompagner dans la réflexion de mon mémoire, d'avoir consacré du temps pour m'aider dans la rédaction ainsi que ses conseils, ses expériences dans la pratique de l'ergothérapie ;

Les responsables de la filière ergothérapie de l'Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation de Limoges, et plus particulièrement Monsieur Mandigout directeur de recherche pour ses conseils et sa disponibilité pour répondre aux diverses questions. Monsieur Toffin pour sa disponibilité et son implication pour répondre aux problèmes rencontrés durant la rédaction de la méthodologie, de mon questionnaire... ;

Ma famille pour m'avoir épaulé dans les moments difficiles et m'avoir aidé à écrire ce mémoire ;

Mes ami(e)s extérieur(e)s à la formation Charlotte, Mélanie ainsi que ceux de ma promotion d'ergothérapie pour m'avoir aidé dans mes moments de doute et dans la réflexion de mon mémoire

Les ergothérapeutes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire et qui se sont intéressés à mon étude ;

Les professionnels rencontrés lors de mes derniers stages pour leurs conseils et renseignements sur plusieurs concepts en ergothérapie ainsi que leurs visions sur le sujet de mon mémoire ;

Pour finir mon chéri, Valentin, pour son accompagnement, ses conseils et son soutien dans la réalisation de mon mémoire.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Chloe DUEYMES

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformée.

Et certifie que le mémoire présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le jeudi 23 mai 2019

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source » .

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2019
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) Chloe DUEYMES

Etudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : jeudi 23 mai 2019

Signature de l'étudiante



« L'un des privilèges de la vieillesse,
c'est d'avoir, outre son âge, tous les âges »

Victor Hugo

Table des abréviations

Cadre théorique :

AFEG : Association Française des Ergothérapeutes en **G**ériatrie

ANAES : Agence **N**ationale d'Accréditation et d'Evaluation en **S**anté

ANESM : Agence **N**ationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et **S**ervices sociaux et **M**édico-sociaux

AVC : Accident **V**asculaire **C**érébral

CIF : **C**lassification **I**nternational des **F**onctionnements du handicap et de la santé

DREES : **D**irection de la **R**echerche, des **E**tudes, de l'**E**valuation et des **S**tatistiques

EHPAD : **E**tablishement d'**H**ébergement pour les **P**ersonnes **Â**gées **D**épendantes

EHPA : **E**tablishement d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **Â**gées

ENOTHE : **E**uropean **N**etwork of **O**ccupational **T**herapy in **H**igher **E**ducation

HAS : **H**aute **A**utorité de **S**anté

INSEE : **I**nstitut **N**ational de la **S**tatistique et des **E**tudes **E**conomiques

MHAVIE : **M**esure des **H**abitudes de **V**IE

MCREO : **M**odèle **C**onceptuel du **R**endement de l'**E**ngagement **O**ccupationnel

MCRO : **M**odèle **C**onceptuel du **R**endement **O**ccupationnel

MQE : **M**esure de la **Q**ualité de l'**E**nvironnement

MPR : **M**édecine **P**hysique et **R**éadaptation

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

PPH : **P**rocessus de **P**roduction du **H**andicap

Résultats :

MMS : **M**ini **M**ental **S**tate

Table des matières

Introduction	1
Cadre théorique.....	2
1. Le vieillissement de la population.....	2
1.1. Définition du vieillissement	2
1.2. Les conséquences du vieillissement.....	2
1.3. Institutionnalisation type EHPAD	3
1.4. Impacts de l'entrée en EHPAD chez les personnes âgées	3
2. La place de la participation de la personne âgée en EHPAD	4
2.1. Cadre légal et recommandations : qualité de vie	4
2.2. Projet de vie personnalisé	4
2.3. Pratiques des différents professionnels de la structure	5
3. La place de la participation sociale dans la pratique en ergothérapie.....	5
3.1. Qu'est-ce que la participation sociale ?	5
3.2. Valorisation de la participation sociale de l'individu en EHPAD	7
3.3. Le rôle de l'ergothérapeute dans la participation sociale de la personne âgée	7
3.4. Outils standardisés pouvant être utilisés lors de l'évaluation de la participation sociale.....	9
3.4.1. La mesure Canadienne du rendement occupationnel : MCRO.....	9
3.4.2. Les mesures des habitudes de vie : MHAVIE.....	10
3.5. Les différentes prises en charge possibles en ergothérapie pour stimuler la participation sociale de la personne âgée.....	10
4. Les ateliers de groupes thérapeutiques : médiation de la participation sociale.....	11
4.1. Qu'est-ce qu'un groupe thérapeutique ?.....	11
4.1.1. Origine des groupes.....	11
4.1.2. Intérêt des groupes thérapeutiques pour les ergothérapeutes : entre stimulation et participation	11
4.2. Différences entre les groupes thérapeutiques et les prises en charges individuelles	12
4.2.1. La complexité d'orientation :.....	12
4.2.2. La complexité d'analyse et de création de groupes :.....	13
4.3. Les différents critères existants pour la construction des groupes : Modèle interprofessionnel interactif.....	13
4.4. Les caractéristiques de construction de groupes jugées idéales, par les écrits en psychologies sociales, pour stimuler la participation sociale.....	15
4.4.1. L'activité.....	15
4.4.2. Le cadre spatio-temporel et le fonctionnement.....	15
4.4.3. L'animation et la distance thérapeutique :	16
4.4.4. L'évaluation et observations.....	16
4.4.5. Les critères des groupes :	17
Problématique et hypothèses	19
Partie méthodologique.....	20
1. Objectifs de la recherche	20
2. Choix de la population cible	20
3. Choix de l'outil méthodologique	20
3.1. Le questionnaire.....	20

3.2. Le contenu et traitements des données	21
3.3. Moyen de diffusion	22
3.3.1. Collecte de données	22
3.3.2. La prise de contact.....	22
4. Description de l'étude	22
Résultats	24
1. Les différentes évaluations de la participation sociale utilisées par les ergothérapeutes	24
1.1. L'évaluation initiale ou formative de la participation sociale de la personne âgée (sur 42 ergothérapeutes)	24
1.2. L'évaluation en fin de séance (ou sommative) et réadaptation des groupes thérapeutiques (réponses de 40 ergothérapeutes)	24
1.3. Niveau de connaissance de la participation sociale des ergothérapeutes (42 ergothérapeutes)	25
1.4. Les intérêts principaux des groupes thérapeutiques pour les ergothérapeutes (résultat sur 40 ergothérapeutes)	26
2. Les critères et justifications de la construction des groupes thérapeutiques (sur 40 ergothérapeutes)	26
3. Le contexte dans lequel évolue les ergothérapeutes en EHPAD.....	30
3.1. Temps de présence des ergothérapeutes dans l'EHPAD et choix de prises en charge	30
3.2. Pluridisciplinarité : résultats sur 40 ergothérapeutes.....	30
3.3. Le choix des critères selon les possibilités des ergothérapeutes	31
3.4. Énumération des obstacles pour construire les groupes (sur 40 réponses)	31
Discussion.....	32
1. Prise en compte de la participation sociale de la personne âgée pour construire les groupes thérapeutiques	32
2. Les différents critères de construction des groupes thérapeutiques dans l'objectif de stimuler la participation sociale du résident selon les ergothérapeutes	34
3. Le contexte	37
4. Les limites de l'étude	38
5. Perspectives	39
Conclusion	40
Références bibliographiques	41
Annexes	45

Table des illustrations

Figure 1: <i>Types d'évaluations initiales de la participation sociale de la personne âgée.....</i>	24
Figure 2: <i>Nombre d'outils d'évaluations du groupe thérapeutique utilisés par les ergothérapeutes.....</i>	24
Figure 3: <i>Fréquences de réadaptation des groupes thérapeutiques selon les ergothérapeutes.....</i>	25
Figure 4: <i>La manière d'évaluer le groupe thérapeutique par les ergothérapeutes.....</i>	25
Figure 5: <i>Différents choix de l'activité portés sur les résidents selon les ergothérapeutes....</i>	26
Figure 6: <i>Choix du cadre selon les ergothérapeutes optant pour un cadre fermé.....</i>	27
Figure 7: <i>Type de cadre du groupe thérapeutique selon les ergothérapeutes.....</i>	27
Figure 8: <i>La taille des groupes thérapeutiques selon la participation sociale des résidents .</i>	27
Figure 9: <i>Les choix des ergothérapeutes concernant l'ouverture du groupe thérapeutique..</i>	28
Figure 10: <i>types de critères choisis selon les ergothérapeutes optant pour 1 critère d'inclusion.....</i>	29
Figure 11: <i>Types de critères choisis selon les ergothérapeutes optant pour 2 ou plus critères d'inclusion.....</i>	29
Figure 12: <i>Type de séances en fonction du temps de présence des ergothérapeutes dans l'EHPAD.....</i>	30
Figure 14: <i>Les ergothérapeutes et la coanimation de groupe.....</i>	30
Figure 13: <i>Types de professionnels en coanimation de groupe (avec l'ergothérapeute).....</i>	30
Figure 15: <i>Choix de critères des ergothérapeutes pour la création de groupes thérapeutiques.....</i>	31
Figure 16: <i>Les types d'obstacles rencontrés par les ergothérapeutes pour former les groupes thérapeutiques.....</i>	31

Table des tableaux

Tableau 1: <i>Notion de participation sociale selon les ergothérapeutes interrogés</i>	25
Tableau 2: <i>Tableau des thèmes abordés par les ergothérapeutes concernant l'intérêt des groupes thérapeutiques</i>	48

Introduction

Pour comprendre l'objectif de ce mémoire, il est nécessaire de situer les sources de mes interrogations. Je m'intéresse dans ce travail aux personnes âgées en institution dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Le vieillissement est un phénomène planétaire qui est important à prendre en compte. De multiples mesures politiques de santé publique sont prises pour considérer au mieux le vieillissement de la population. Ceci montre que ce dernier occupe une réelle place au sein de la pratique de soins et d'accompagnements. Des objectifs ont été mis en place pour garantir l'autonomie, l'indépendance de cette population et prendre en compte les impacts psychologiques du vieillissement. Il est donc nécessaire que tous les professionnels de santé soient en mesure de respecter ces objectifs principaux. En ergothérapie, nous sommes des acteurs de soins, participant aux maillons de la chaîne des professionnels de santé. Toutes les dimensions de l'individu sont importantes à prendre en compte afin de proposer des objectifs pouvant être en adéquation avec leurs besoins.

Lors de mes stages effectués pendant ma formation d'ergothérapie, en EHPAD notamment mais aussi en Médecine Physique et Réadaptation (MPR), j'ai pu prendre en soin des personnes âgées. En MPR, celles-ci étaient conscientes qu'elles ne resteraient que temporairement dans le centre. En EHPAD, les résidents savaient qu'ils y demeureront jusqu'à la fin de leur vie. Il est donc important pour ces derniers que nous nous intéressions au projet de vie et à leurs implications au sein de l'établissement car cela représente leur nouveau lieu de vie. Ce qui interpelle, ce sont les connotations négatives que peuvent avoir les familles, les patients ou les personnes âgées concernant l'EHPAD, qualifié parfois comme lieu de « mouvoir » ou de dernière étape. Il est donc nécessaire pour les acteurs de ces structures de faire évoluer les préjugés en valorisant les pratiques afin qu'elles soient centrées sur les besoins de la personne.

La participation sociale de la personne âgée en EHPAD me paraît donc primordiale à prendre en compte lorsque l'on décide de prendre en soin ce type de patients. C'est pour cela qu'il est nécessaire pour l'ergothérapeute de s'appuyer sur des éléments permettant d'évaluer au mieux cette participation sociale. L'ergothérapeute aura la possibilité d'adapter les séances et leurs configurations en fonction des objectifs. En effet, nous pouvons choisir plusieurs activités, en individuel ou en groupe. L'intérêt de ce mémoire est de développer la médiation du groupe thérapeutique en EHPAD. Selon moi, les groupes en ergothérapie apportent une diversité dans la prise en charge du résident et peuvent amener une dimension sociale qu'il n'est pas forcément possible d'amener en individuel.

Si les groupes font partis de la pratique de l'ergothérapeute en EHPAD, les choix de critères de créations de ces derniers me paraissent très importants. S'ils sont choisis de manière pertinente, ils permettront d'apporter une certaine dynamique au groupe et garantir la valorisation de la participation sociale. Cela permettrait aux résidents constituant cet ensemble de trouver leur place et de ne pas se sentir exclus de l'activité. En effet, dans les stages que j'ai pu pratiquer, des groupes thérapeutiques étaient fondés sur certains critères. Cependant quelques personnes au sein du groupe ne prenaient pas part à l'activité et étaient passives. Nous pouvons alors nous interroger sur la pertinence des choix de l'activité, des objectifs et intérêts pour la personne, du cadre instauré par le thérapeute, de la dynamique qui en résulte au sein du groupe. Les évaluations et bilans sont aussi à prendre en compte pour former un groupe de manière à apporter de l'intérêt dans la prise en charge de la personne vieillissante.

Cadre théorique

1. Le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population est au centre de la préoccupation de la société. Il représente un défi sociétal, un enjeu culturel, politique, social, médical et économique (1).

C'est un phénomène mondial. Il est dû à une meilleure maîtrise de la fécondité, à l'allongement de l'espérance de vie liés aux progrès médicaux, et aux conditions de vie. De ce fait, les personnes âgées sont plus nombreuses et vivent plus longtemps. Au 1^{er} janvier 2018, l'INSEE compte 67,2 millions d'habitants en France dont 18,6% représentant la part des personnes âgées (2). Entre les années 2000 à 2050, il se peut que la proportion de la population mondiale âgée de plus de 60 ans double allant de 11% à 22%.

Cet organisme prévoit une explosion démographique du nombre de personnes âgées pour 2050 si la dynamique se maintient. On passerait d'un habitant sur cinq ayant plus de 60 ans en 2005 contre un habitant sur trois en 2050 (1).

1.1. Définition du vieillissement

Les définitions actuelles de la vieillesse doivent être revues de part les changements sociodémographiques. En effet, le terme « vieillissement » est souvent associé à la dimension biologique et le fait de décliner avec l'avancée en âge. Cependant, l'Homme est un être biologique ayant une conscience dans un environnement social. Le terme de vieillissement devrait donc prendre en compte cet ensemble de processus en plus des facteurs biologiques. Cette période de vie résulte du mélange entre des facteurs : génétiques, environnementaux, économiques, sociaux, psychologiques et neurologiques (3).

Les personnes deviennent « âgées » à partir de l'âge de référence établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est-à-dire 60 ans et plus même s'il existe des différences dans la population entre l'âge réel des personnes et leurs capacités. Un Homme de 70 ans peut avoir encore une bonne santé et des capacités fonctionnelles presque intactes, d'autres, au même âge, paraissent plus fragiles et ont besoin de beaucoup plus d'aides. Il n'y a donc pas de personne âgée « type ». Toutes les personnes à un âge donné sont différentes selon leurs modes de vie, leurs capacités, leurs fragilités. Ceci dépend fortement de l'environnement dans lequel elles évoluent ainsi que leurs comportements face à l'avancée en âge (activités, hygiène de vie...) (4).

1.2. Les conséquences du vieillissement

De plus en plus de personnes âgées vont perdre de leur autonomie, de leur indépendance. Selon l'OMS, dans les pays en développement, le nombre de personnes perdant leur autonomie devraient être multiplié par 4 pour 2050 (4). L'apparition d'états de santé complexes liés à l'âge surviendra. Ce sont les syndromes gériatriques tels que la fatigue, les limitations fonctionnelles, ou d'autres pathologies physiques ou mentales (comme les cataractes, les démences, la dépression...) (4). De plus, les personnes âgées pourront souffrir de conséquences psychologiques. Du fait de l'avancée de l'âge et des limitations, elles vont avoir tendance à s'isoler car elles ne pourront plus effectuer les activités quotidiennes comme avant. Le fait de modifier l'environnement pour adapter les activités, la baisse d'interactions sociales liée à la retraite, la prise de conscience de la vieillesse sont synonymes pour elles d'un isolement de la société (5). Cela découle sur une perte d'engagement dans les activités

de leurs vies quotidiennes. Ces paramètres, liés au vieillissement, induisent une perte des rôles sociaux. Tout cela renverra sur une situation de dépendance de la part de la personne âgée. En effet, selon Sylvie Meyer, la dépendance repose sur « le fait d'avoir besoin d'aide pour réaliser des activités de la vie de tous les jours d'une manière satisfaisante » (6). Cela concernera les limitations fonctionnelles impactant sur les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales.

Toutes ces conséquences conduiront à la nécessité d'une prise en charge par des professionnels pour des soins, des accompagnements ou encore des décisions pour le projet de vie de la personne (7). Le choix de l'orientation se fera en fonction du degré de dépendance de la personne âgée, de son autonomie et de ses conséquences psychologiques.

1.3. Institutionnalisation type EHPAD

A la vue de l'avancée de l'âge dans la société et de la dépendance, il peut être difficile de rester à domicile. La perte d'autonomie, l'apparition de handicap après 60 ans peuvent obliger à rentrer en institution aussi bien pour être pris en charge de manière à palier l'évolution de la vieillesse que pour alléger la charge des proches aidants (8). Parfois l'institutionnalisation est une solution pour éviter l'isolement social de la personne après l'absence ou la perte du conjoint, par exemple. Cela peut les fragiliser et les amener à remettre en cause leur mode de vie les amenant à choisir un nouveau « chez soi » (9).

Plusieurs structures peuvent être proposées aux personnes âgées en perte d'autonomie, d'indépendance comme l'EHPAD. Il concerne toutes les personnes âgées de 60 ans et plus en situation de dépendance ayant besoin de soins et d'aides au quotidien. La mission de l'EHPAD est de pouvoir accompagner les personnes fragiles et vulnérables y entrant afin de préserver leur autonomie par des prises en soins globales comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et les soins (10).

L'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) recense 728 000 résidents vivant en EHPAD en fin 2015. Plus de 80% y résident (environ 35 000 de plus qu'en 2011). Les résidents entrant en institution sont de plus en plus âgés. 10% d'entre eux ont plus de 75 ans (11). Quand la personne âgée entre en EHPAD, elle se trouve dans un lieu de vie différent et en communauté. Ce nouveau chez soi représente la société dans laquelle elle apprendra à vivre et évoluer.

1.4. Impacts de l'entrée en EHPAD chez les personnes âgées

La prise de décision pour rentrer en institution est un moment crucial. Rentrer en institution peut représenter un virage dans la vie. Cela peut générer un bouleversement voire un traumatisme. Le plus souvent l'entrée en institution est vécu comme un acte imposé (12). C'est aussi un changement dans les relations sociales, notamment avec la famille, les amis, les connaissances dûes à ce changement d'environnement. La plupart des personnes âgées ainsi que son entourage repoussent l'entrée en EHPAD qui pour eux est souvent synonyme d'anticipation d'un état de santé qui risque de se dégrader (12).

L'entrée en EHPAD demande une capacité d'adaptation de la part de la personne âgée, or cette faculté n'est pas caractéristique de la vieillesse. Au contraire changer les habitudes et rythmes de vie reste très difficile pour elles. C'est pour cela que l'arrivée dans une institution est souvent vécue comme un déracinement. Le nouveau résident doit s'adapter aux nouvelles personnes présentes qui n'ont pas les mêmes niveaux de dépendance. De plus

il devra s'adapter à un lieu en collectivité, à des rythmes particuliers, à un nouvel environnement (personnels soignants, aménagements).

Les conséquences d'un tel bouleversement ne doivent pas être prises à la légère car elles peuvent, à la longue, entraîner un épuisement général de la personne (12). L'entrée en EHPAD peut donc accentuer ou s'ajouter aux conséquences déjà présentes par le processus du vieillissement. Elles peuvent être physiques, psychiques, psychologiques, affectives et sociales et notamment impacter la participation sociale.

2. La place de la participation de la personne âgée en EHPAD

2.1. Cadre légal et recommandations : qualité de vie

Selon l'OMS en 1994, la qualité de vie est « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique, son état psychologique, son niveau de dépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (13).

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) a établi des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans un programme intitulé « qualité de vie en EHPAD ». Ici sont référencées toutes les recommandations que doivent suivre les EHPAD et ses professionnels pour assurer leurs fonctions de façon optimale (14). Ce programme est décliné en 4 volets dont celui traitant de « la vie sociale des résidents ». Chaque professionnel doit être en mesure de repérer les éléments pouvant viser à maintenir ou faire évoluer les capacités des résidents dans les actes de la vie quotidienne. Les résidents entrants peuvent présenter des niveaux de dépendances diverses, des pathologies variées et multiples, se référant à des environnements qu'ils leurs sont propres ainsi que des caractéristiques socio-culturelles différentes. Tous ces paramètres renvoient à des attentes et des besoins divers, en lien avec plusieurs formes d'adaptations dans le milieu (14).

En plus des recommandations de bonnes pratiques dans une structure comme l'EHPAD, la loi 2002-2 a été créée pour rénover l'action sociale pour garantir les droits des usagers dans les structures médico-sociales. Elle a permis de mettre à disposition tous les moyens nécessaires pour placer le patient au cœur du dispositif et garantir une qualité de prise en soin. Des outils ont été développés garantissant le droit des usagers comme le livret d'accueil, ou encore le projet de l'établissement. Ils permettent d'instaurer un cadre précis visant à développer et renforcer la participation du résident au sein de l'établissement (15).

2.2. Projet de vie personnalisé

Ce projet de vie personnalisé est un outil de référence pour tous les professionnels travaillant dans la même structure. Il est mis en place dès l'entrée dans la structure (3 premiers mois) et est réévalué en fonction de l'évolution de la situation tous les 6 mois (16). Cet outil permet de fournir des moyens en rapport avec des objectifs personnalisés dans le but de rendre opérationnel le projet de vie du résident. La construction de ce dernier se fait en fonction des attentes, des besoins et des habitudes de vie de l'utilisateur. La participation de la personne est activement recherchée (17).

Selon l'ANESM, c'est une véritable co-construction entre les professionnels, l'équipe pluridisciplinaire et son entourage débouchant sur des réponses personnalisées, adaptées et évolutives (17). Tous les professionnels participant à la vie quotidienne du résident seront conviés à élaborer ce projet correspondant au projet de vie de la personne au sein de l'établissement.

2.3. Pratiques des différents professionnels de la structure

Au sein de la structure de l'EHPAD se trouve donc une équipe pluridisciplinaire (18). Elle participera au maximum à la réalisation du projet de vie de l'usager. Tous les professionnels sont donc orientés dans une démarche de qualité concernant la qualité de vie imposée par les recommandations de bonnes pratiques et les lois s'appliquant au secteur médico-social. Cela incombe également la promotion de bientraitance dans les structures comme celles-ci. Les transmissions des informations sont à la base de la démarche pluridisciplinaire. Elles sont nécessaires pour récolter les informations complémentaires pouvant aider le professionnel à mieux orienter ses prises en charge.

Les infirmiers et aides soignants ont un rôle dans la participation de la personne âgée. Ils se doivent de respecter la qualité de vie du résident en apportant tout le confort possible, et en le stimulant le plus possible pour exploiter ses capacités et le rendre le plus indépendant possible. **Les aides médico-psychologiques** sont des professionnels qui ont pour but d'éveil, de soutien et d'encouragement auprès de la personne âgée dans les loisirs, et les activités de la vie quotidienne. **Les psychologues** sont présents pour comprendre la vie psychique des résidents en écoutant, et en étant un soutien du vécu au sein de la structure. **Les animateurs** sont des professionnels permettant de stimuler la participation de l'individu. Ils permettent le renforcement de la participation par le biais des activités mais cela restera uniquement occupationnel, et stimulateur de communication avec les autres.

Les rééducateurs tels que les **psychomotriciens** sont présents pour accompagner les personnes âgées en difficultés psychomotrices. Ils peuvent réaliser des ateliers, apporter des repères spatio-temporels et seront présents également pour comprendre certains comportements liés aux difficultés psychologiques. Les **kinésithérapeutes** évaluent les capacités de la personne âgée afin de pouvoir proposer des soins rééducatifs pour reprendre de l'indépendance dans les activités quotidiennes. Les **ergothérapeutes**, selon l'association française des ergothérapeutes en gériatrie (AFEG), auront pour mission « *le maintien des activités physiques, psychosociales, et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge* » (19).

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il a une démarche scientifique et grâce à ses compétences il améliorera la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées (20).

Nous nous pencherons sur la notion de participation sociale des résidents en EHPAD dans la suite de ce mémoire. En effet, elle représente l'un des points fondamentaux dirigeant la pratique et les prises en soin de l'ergothérapeute au sein de ce type de structure.

3. La place de la participation sociale dans la pratique en ergothérapie

3.1. Qu'est-ce que la participation sociale ?

La participation sociale peut être considérée comme « s'engageant dans des activités qui impliquent l'interaction avec les autres » (Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond, 2010)

(21) ainsi que l'accomplissement des activités quotidiennes et des rôles sociaux valorisés par la personne ou le milieu socioculturel, selon Fougeyrollas et al. dans son modèle du Processus de Production du Handicap (PPH) en 1998. La PPH s'efforce de promouvoir la pleine participation sociale ou de réduire les situations du handicap résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situations de vie sociale assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence (22). La participation sociale correspond au fait de pouvoir réaliser pleinement les habitudes de vie sans entrave et pouvoir remplir ses rôles sociaux. En revanche, la situation de handicap est présente s'il est impossible d'accomplir les habitudes de vie.

Le modèle conceptuel du PPH, prend en compte : (ANNEXE I)

- Les facteurs personnels correspondant aux aptitudes des personnes
- Les facteurs identitaires de l'individu ;
- Les facteurs environnementaux comprenant les facilitateurs et les obstacles qui entravent la réalisation des habitudes de vie de l'individu. Ces facteurs peuvent être sociaux (réseau social..) ou physiques (aménagement des locaux...). Ils prennent en compte aussi la participation sociale de l'individu qui correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie ainsi que la situation de handicap. Les habitudes de vie se développent en 2 domaines :
 - o Les activités courantes (soins personnels...)
 - o Les rôles sociaux (loisirs,relations...) (23)

Les interventions des ergothérapeutes visent donc précisément à améliorer la participation sociale par un soutien de l'individu (volition, motivation) et surtout, par une action sur son environnement (relationnel, architectural, etc.).

Wolfensberger et Thomas favorisent la compréhension de cette notion de rôle social : « le rôle social renvoie à un modèle de comportement socialement attendu et défini afin de faciliter la réalisation des fonctions particulières qui sont généralement attribuées à un individu et qui reflètent partiellement le statut social de cette personne ». La participation sociale correspond donc à la pleine réalisation des habitudes de vie dans le milieu de l'individu (composante individuelle) ou d'un groupe d'individus (composante sociétale) (22).

En complémentarité de la PPH, la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF), publiée par l'OMS, définit la participation sociale comme étant « l'implication de l'individu dans une situation de la vie réelle ». Ce modèle définit le handicap comme une restriction de participation en prenant compte les caractéristiques individuelles (déficiences, incapacités, limitations...) et mais aussi l'impact environnemental physique et social sur le fonctionnement de la personne (24).

Comme le souligne aussi Mireille Thremblay en 2004, professeure au Québec, la notion de participation sociale ne se résume pas juste au fait de subvenir aux besoins vitaux mais implique un échange entre l'individu et la société. Cette interaction met en cause la responsabilité individuelle mais aussi collective afin de pouvoir agir en tant que citoyen. Cette participation sociale renvoie à l'autonomie car elle met en pratique la propre capacité de la personne à être auteure de son futur. Elle englobe alors un processus et un résultat. En effet, le processus par lequel la personne prend part aux actions et aux décisions à un projet ou une activité donnera par la suite un résultat étant le produit de la participation de l'individu (25).

William Ninacs ajoute que la participation sociale répond à « l'ensemble des activités réalisées dans les environnements sociaux fréquentés par la personne et comportant des interactions avec les acteurs propres à chacun des environnements. Ces activités sont favorables à l'expression du pouvoir personnel de la personne et peuvent s'inscrire dans une perspective d'autonomisation appelée *empowerment* communautaire » (26). Cela témoigne d'une notion de capacité de volition, d'engagement et de décisions dans ce que fait l'individu. Cela caractérise la participation sociale. C'est sa capacité à agir et assumer les conséquences de sa participation. Il serait donc important de prendre en compte la dimension signifiante de l'activité pour stimuler au maximum la participation de l'individu.

Les ergothérapeutes peuvent donc s'appuyer sur ces concepts et définitions afin d'établir des prises en charge en limitant au maximum les obstacles et les situations de handicap décrites par les individus. Ils pourront identifier les facteurs personnels et les habitudes de vie et les désirs qui correspondent à la participation sociale de la personne âgée.

3.2. La valorisation de la participation sociale en EHPAD

Comme le souligne Abraham Maslow, « le comportement social est une réponse à un ensemble de besoins que nous sommes obligés d'assouvir pour réduire les tensions et de pouvoir retrouver un certain équilibre » (27). La participation sociale représente une part importante comme peut le montrer la pyramide des besoins de Maslow (28) (ANNEXE II). En effet, les besoins d'appartenance sont les besoins sociaux d'appartenance à un groupe. Le besoin d'estime de soi, par exemple, représente le rôle social que peut avoir la personne dans un groupe. Le besoin d'accomplissement est le fait d'exploiter et mettre en valeur son potentiel personnel au travers des activités.

La revalorisation de la participation de l'individu dépend de la personne. Elle tend vers une valorisation personnelle, des capacités restantes, de la reprise de confiance en soi et de la capacité à se fixer de nouveaux objectifs en adéquation avec son projet de vie. En effet, quelques études ont montré l'intérêt de valoriser cette participation sociale. Comme évoquée dans cette étude établie en 2003, cette valorisation permet d'avoir un impact sur les capacités fonctionnelles de l'individu (29). Celle-ci montre qu'une grande diversité dans les relations sociales et une forte participation sociale constituaient des facteurs importants pour maintenir la capacité fonctionnelle chez les hommes et les femmes de 75 ans. La participation sociale des personnes âgées est donc devenue intéressante à prendre en compte car elle tend vers une meilleure qualité de vie dans une collectivité. C'est aussi pour cela que la participation sociale de la personne âgée fait partie intégrante des législations et recommandations de l'ANESM pour garantir une meilleure qualité de vie.

Outre cela, la participation sociale constitue l'individu et lui permet de se représenter au sein de son nouveau lieu de vie et de la collectivité.

3.3. Le rôle de l'ergothérapeute dans la participation sociale de la personne âgée

Le métier de l'ergothérapeute a beaucoup évolué. Autrefois le modèle bio-médical était le cœur du métier. L'approche concernant l'individu avec son environnement a rapidement fait essor. Comme le souligne Wagner en 2005 (30), l'ergothérapeute s'appuie sur une approche plus systémique qui traduit l'individu en être bio-psycho-social. Le champ d'intervention en ergothérapie a considérablement évolué car « l'ergothérapie ne rééduque plus en fonction d'une norme mais des intérêts de chacun » (31). Le but ultime de l'ergothérapeute est donc de rechercher l'autonomie de la personne. De plus en plus d'articles d'ergothérapeutes

s'intéressent aux stratégies permettant de promouvoir la participation sociale. Ainsi la profession ne vise pas qu'à permettre de reprendre des activités dans la vie quotidienne de la personne âgée mais aussi l'épanouissement de celle-ci dans la société (Lievin 2015) (32). Cette idée est reprise par plusieurs auteurs comme M.Law en 2002 où elle indique même que la participation sociale constituerait la finalité de l'intervention en ergothérapie et que c'est la « raison d'être » du métier visant à l'améliorer (33). Il est important de ne plus se centrer uniquement sur le bio-médical mais d'envisager le handicap par un angle plus social. Ainsi le suivi en ergothérapie doit accompagner la personne afin de prendre conscience de l'importance d'être un sujet agissant et existant socialement. De même, la Direction de la Santé Publique soutient que : « le fait pour une personne d'être intégrée dans un réseau de relations significatives, réciproques et génératrices de responsabilités, pourrait représenter le point de départ de la participation sociale. ».

Le point commun parmi les interventions en ergothérapie est : l'occupation. Cela correspond au fait de pouvoir s'interroger sur les occupations des résidents. A-t-il des restrictions occupationnelles lui empêchant de pouvoir réaliser pleinement ses occupations ? Comment pourrait faire l'ergothérapeute pour favoriser l'engagement occupationnel de la personne âgée pour stimuler au maximum sa participation sociale ? En effet il faut savoir qu'il est important pour l'ergothérapeute de choisir les meilleures activités possibles en lien avec l'engagement de la personne. Le fait de stimuler l'engagement de la personne âgée, dans ce contexte, pourra permettre de stimuler la participation dans l'activité proposée mais aussi dans les situations de vie sociale, communautaire, familiale, dans les loisirs ou dans les soins (AOTA, 2008) (34). Comme le dit Larivière (35), « le propre de la participation est qu'elle fait référence à l'investissement volontaire, actif des acteurs dans des occupations sociales ». Ainsi participer ce n'est plus « faire pour faire » ; il n'est plus du premier paradigme où l'important était de trouver un « passe-temps » pour la personne, maintenant il faut leur permettre de trouver une occupation pour vivre une expérience qui a une signification personnelle et sociale. La finalité de l'intervention en ergothérapie est donc d'améliorer la participation sociale en favorisant l'engagement occupationnel. Pour cela il est aussi important de veiller aux limitations physiques, cognitives qui pourraient entraver la participation ainsi qu'à l'environnement (Sylvie Meyer) (6). C'est ce qu'on appelle la science de l'Occupation.

Selon Sylvie Meyer et le groupe ENOTHE, l'ergothérapeute doit se baser sur un processus de 4 étapes pour réaliser une prise en charge ergothérapique optimale dans une démarche de qualité (36) (ici dans le contexte des prises en charge des résidents en EHPAD). De plus, pour chaque processus, l'ANAES développe les objectifs de la pratique de l'ergothérapeute afin qu'elle soit la plus efficace possible (37).

- L'évaluation formative : représente le recueil de données et l'analyse des besoins du résident. Ces évaluations sont utiles pour la conception du plan de traitement et pour garantir une qualité de prise en charge. De là en ressort les problèmes prioritaires à traiter.
- L'élaboration du plan de traitement : se rapporte aux objectifs spécifiques de traitements ergothérapiques et au projet du patient. Il est aussi important d'organiser la prise en charge dans le temps et avec les moyens appropriés pour construire une démarche de soins cohérentes en collaboration avec les autres professionnels.
- L'exécution du traitement : application du programme y compris la planification de chaque séance et activité

- L'évaluation sommative : mesure de l'effet du traitement et la prise de décision pour améliorer la prise en charge en fonction de l'objectif initial atteint. Cela permet une meilleure adaptation de la proposition de soins.

Toutes ses étapes requièrent des expériences pédagogiques et cliniques. Le processus d'évaluation permet de recueillir des informations de qualité des personnes âgées par rapport à ses besoins, ses désirs, ses motivations et ses capacités dans la réalisation de ses occupations (38).

Selon Sylvie Meyer, « l'observation n'est pas uniquement regarder, mais aussi écouter, par l'intermédiaire de l'entretien ». Les instruments de mesure permettent d'amener des justifications aux observations. Les évaluations standardisées doivent même être privilégiées lorsqu'elles sont disponibles car elles sont des éléments clés d'une pratique basée sur les preuves. Elles permettent de référer à une certaine notion de preuve et non d'intuition. Même si ces instruments ne permettent pas de comprendre la complexité de la situation de l'individu, ils y participent.

L'amélioration de la participation sociale constitue un enjeu important de la réadaptation au sein de la structure et des activités quotidiennes. Selon Pierre Castelein (39), grâce aux outils standardisés spécifiquement conçus pour cela, nous pouvons démontrer l'efficacité de nos interventions quant à l'évolution de la participation de la personne âgée. Ainsi il sera possible d'objectiver la pertinence de nos prestations. Ces outils découlent du modèle conceptuel de la PPH, ce qui justifie leurs fiabilités pour orienter les prises en charge. Ces professionnels auront alors le maximum de « clés » à leur disposition pour se rendre compte, le plus objectivement possible, de la situation du handicap et de la participation de la personne âgée au sein de la structure.

3.4. Outils standardisés pouvant être utilisés lors de l'évaluation de la participation sociale

Selon Pierre Castelein, il y a différents indicateurs de la participation sociale de la personne pour évaluer la qualité de celle-ci comme le degré de satisfaction de l'activité, le degré de satisfaction par le mode de réalisation, le degré d'importance de l'activité pour la personne dans son milieu et le type d'aide nécessaire. Cela s'évalue dans les activités de la vie quotidienne, ses activités de la vie domestique, ses rôles sociaux (40).

Pour cela, il existe plusieurs outils permettant d'évaluer la participation sociale. Le but ici n'est pas de développer tous les outils mais de présenter certains outils qui semblent intéressants à utiliser en ergothérapie. Pour cela, le développement de ces outils se sont fait grâce à la lecture du livre *Les modèles conceptuels en ergothérapie* de Marie Chantal Morel Bracq en 2017 (41).

3.4.1. La mesure Canadienne du rendement occupationnel : MCRO

C'est un outil développé pour les ergothérapeutes à partir du modèle conceptuel canadien du rendement occupationnel et de l'engagement occupationnel (MCREO). Ce modèle a évolué pour ajouter les notions d'engagement et de participation de la personne dans les occupations.

Le MCREO est un modèle qui montre que l'occupation a un réel intérêt pour l'ergothérapeute. « Les humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation » (MC.Morel Bracq, 2017). Ainsi des objectifs significatifs pour le patient doivent

émerger dans le cadre d'une pratique centrée sur la personne. Il y a donc deux notions importantes dans ce modèle qui se retrouvent dans l'outil qui sont :

- L'engagement dans l'activité qui correspond à la participation psychologique et physique.
- L'habilitation qui correspond au renforcement de la capacité d'agir et d'être. C'est donner les moyens pour faire, et servir de médiateur qui sont sensibles aux conditions sociales que les ergothérapeutes appellent environnement. Pour cela l'ergothérapeute doit être capable de créer une structure pour favoriser le développement de ce potentiel.

La participation est à évaluer dans trois groupes d'activités : les loisirs, la productivité et les soins personnels. Le rendement occupationnel est unique selon les personnes en fonction des rôles sociaux, du milieu dans lequel vit la personne et son niveau de développement. Selon Marie Chantal Morel Bracq, le modèle canadien a mis en évidence le rôle primordial de l'occupation et celui de la satisfaction qui en découle. Il est donc important pour l'ergothérapeute d'analyser l'activité. L'activité ne constitue plus un simple moyen thérapeutique mais un objectif thérapeutique visant la participation réelle de la personne à la société. L'impact de l'occupation sur la participation est très étudiée.

3.4.2. Les mesures des habitudes de vie : MHAVIE

C'est un questionnaire, conçu à partir de la PPH, qui recueille des informations sur la réalisation des habitudes de vie de la personne dans son milieu. Il a pour but d'assurer l'épanouissement de la personne ayant des déficiences et incapacités dans la société pendant toute son existence. Il permet de mesurer les situations de handicap vécues et perçues.

La MHAVIE questionne sur les activités de la vie quotidienne, les rôles sociaux et les dimensions de la qualité de la participation sociale. En effet, la personne doit préciser son niveau de satisfaction, son niveau de réalisation et l'aide requise dans ses activités.

Grâce à ses différents outils, il est possible à l'ergothérapeute de disposer de plusieurs choix quant à la médiation utilisée. En fonction du niveau occupationnel et de participation sociale, il sera en mesure de répondre au mieux aux objectifs de la personne âgée et choisir la prise en charge la plus adaptée aux besoins évalués.

3.5. Les différentes prises en charge possibles en ergothérapie pour stimuler la participation sociale de la personne âgée

Selon les recommandations de l'ANAES en 2001, en fonction de l'identification des problèmes, des ressources et des motivations de la personne âgée, l'ergothérapeute a pour objectif l'autonomie maximale du résident dans ses habitudes de vie et le mieux-être relationnel. Lorsque l'ergothérapeute élabore son plan de traitement, il sera missionné de choisir des activités signifiantes pour la personne âgée, support de récupérations et médiatrices de relations pour leur permettre de trouver sa place dans la structure. Ces activités peuvent être réalisées en groupe ou en individuelle à visées socialisante ou créative : «L'ergothérapie, thérapie privilégiant l'activité à la fois comme objet d'expertise et de médiation thérapeutique, a donc une place toute privilégiée pour concourir à la qualité de vie de la personne » (37).

En fonction des objectifs visés par l'ergothérapeute, la prise en charge individuelle aura pour fonction de prendre en charge seul le résident. Ce type de choix de séance permettra de

connaître la personne, établir une relation de confiance. Ce mode de prise en charge peut être orienté aussi lorsque la personne ne veut pas ou ne peut pas être intégrée dans un groupe (confiance en soi, socialité, envies...).

La prise en charge pourra être aussi groupale. Dans ce cas le patient peut se retrouver confronter aux autres personnes sur une même activité. Pour cela, il est nécessaire à l'ergothérapeute de bien avoir préparé tous les paramètres du groupe pour favoriser la dynamique.

Pour la suite, nous allons nous intéresser aux groupes thérapeutiques et montrer l'intérêt de cette médiation pour la stimulation de la participation sociale.

4. Les ateliers de groupes thérapeutiques : médiation de la participation sociale

4.1. Qu'est-ce qu'un groupe thérapeutique ?

4.1.1. Origine des groupes

La vie en groupe est une tradition culturelle fondatrice de la société. C'est grâce à la philosophie sociale que l'on commence à s'intéresser aux relations avec les autres notamment sur la genèse de la personnalité et au rôle du groupe dans la socialisation de l'individu. Emile Durkheim, fondateur de la sociologie, va définir le groupe comme étant « plus que la somme de ses membres, c'est-à-dire comme une totalité ». L'Homme est un être social et peut être influencé par les personnes avec lesquelles il interagit.

Dans la physiologie sociale, selon Georges H. Mead, le groupe se formerait sous la pression de l'extérieur. Cet extérieur serait ressenti comme contraignant et limitant dont il faudrait se défendre en s'unissant. L'Homme a donc tendance à utiliser le groupe pour mieux résister à cet environnement (42). C'est ici qu'on peut faire le lien entre l'arrivée de la personne âgée dans un contexte institutionnel, où la perte des repères spatiaux et du groupe social (rupture avec le domicile) apparaissent. Les interactions avec d'autres personnes présentes dans le même contexte structurel de vie et le développement du rôle social sont donc des notions primordiales à évaluer pour cette population. Cela témoigne d'un besoin d'entourage et de rattachement à un groupe pour pouvoir gérer au mieux son nouvel environnement et pouvoir trouver sa place dans son nouveau lieu de vie. Les apports de la philosophie américaine et de Georges H. Mead feront naître la psychologie scientifique des groupes influençant les études de Kurt Lewin, psychologue américain, s'intéressant de plus en plus à la dynamique de groupe (43).

Samuel Richard Slavson, pionnier de la psychothérapie de groupe, met en place les premiers groupes thérapeutiques pour enfants. Pour cela, il utilise une technique spécifique : « les groupes thérapeutiques d'activité ». La formation de ces groupes s'appuie sur l'apport des situations en groupe qui serait idéal pour répondre aux besoins sociaux représentant le fondement de la vie en société. Pour cela, un environnement favorable couplé à un climat tolérant permet de constituer un bon niveau d'interactions (44).

4.1.2. Intérêt des groupes thérapeutiques pour les ergothérapeutes : entre stimulation et participation

Le travail sur le groupe tend à créer un lieu de pensée faisant aussi place à un espace de symbolisation. Il est semblable à une enveloppe rassurante. Le thérapeute agira au sein du groupe comme objet contenant et protecteur et permettra d'offrir un espace permettant la

perception commune des choses. Le groupe va contribuer à diminuer ou effacer la perte d'identité grâce à la dimension du sentiment d'appartenance à un groupe (45).

Le groupe thérapeutique serait une manière pour l'ergothérapeute d'avoir des objectifs thérapeutiques derrière la médiation groupale. Créer un atelier de groupe n'est pas là juste pour « occuper » et « animer », il y a derrière cela de réels objectifs pour améliorer les capacités, stimuler et faire participer l'individu et maintenir ou faire progresser le lien social. D'après le psychiatre roumain Jacob Levy Moreno, psychiatre, le groupe constitue une bonne médiation pour appréhender l'homme dans toutes ses particularités : biologiques, psychologiques, sociales et culturelles (46).

Des études ont été réalisées pour comprendre les intérêts de la médiation de groupe comme celle réalisée en 2015 par le laboratoire d'études en ergothérapie au Brésil. Cette étude visait à analyser l'utilisation d'un groupe, traité par l'ergothérapie, comme stratégie pour la réadaptation des adultes atteints de séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC). La réadaptation en groupe a permis aux personnes de se confronter à leurs propres difficultés et potentialités, en développant des stratégies individuelles et collectives pour surmonter les difficultés liées à leur handicap. L'estime de soi s'est améliorée, les relations sociales ont été rétablies, la capacité fonctionnelle a été améliorée et des activités significatives qui avaient été abandonnées après l'AVC ont été retrouvées. Aussi, il a été souligné des avantages dans l'utilisation de stratégies de groupe pour les aspects sociaux et personnels des participants. L'étude réaffirme l'importance de proposer une réadaptation collective et la nécessité d'une plus grande utilisation d'expériences liées à la médiation groupale par les ergothérapeutes (47). Il serait possible de rapprocher les avantages du groupe validés pour les personnes post AVC aux personnes âgées. Grâce à cette étude, nous pouvons souligner que le groupe thérapeutique peut être un bon moyen pour stimuler la participation sociale de la personne âgée en retrouvant un rôle social et un regain de volonté pour participer aux activités quotidiennes et significatives qui ont pu être perdues en EHPAD. Aussi il pourra permettre de stimuler les capacités du résident, son autonomie et indépendance au sein du groupe, qui pourront peut être par la suite être réinvesties en dehors. De plus, selon Marie Chantal Morel Bracq, expliquant l'intérêt du modèle interactif, le travail de groupe peut produire de bons résultats quand il est bien conduit. « Les bénéfices semblent longs à venir, mais ils tendent à perdurer. Les membres du groupe peuvent se soutenir mutuellement et créer des relations plus égalitaires, différentes de celles instaurées entre le patient et le thérapeute. » (41)

L'atelier en groupe amène à une certaine externalisation de soi dans des représentations qui évoluent à l'intérieur de celui-ci. L'expérience partagée autour d'une médiation créative, par exemple, serait l'occasion de découvrir dans la créativité sa propre position en fonction de celle des autres membres et de travailler à un changement. Le travail en groupe a une fonction de miroir. Cette notion est très importante à prendre en compte, car les sujets participant aux groupes auront tendance à se comparer, s'identifier entre eux (48).

4.2. Différences entre les groupes thérapeutiques et les prises en charges individuelles

4.2.1. La complexité d'orientation :

L'ergothérapeute a la chance de pouvoir disposer de plusieurs moyens de médiation pour stimuler la participation sociale. Le fait de pouvoir s'appuyer sur des modèles conceptuels comme la PPH et des outils constituent des éléments importants pour l'ergothérapeute. Comme le dit, Pierre Privat dans sa revue de psychothérapie psychanalytique de groupe en

2001 : « une certaine rigueur s'impose dans la façon d'orienter et d'adresser le patient en fonction des souffrances vers un groupe. Cela dépend des objectifs. Il serait ainsi relativement clair, dans une logique clinique, de considérer que tel type de traitement individuel ou de groupe soit indiqué ou contre-indiqué pour telle pathologie ou telle structure psychique. Malheureusement, cette logique est confrontée à des éléments de réalité qui nécessitent de considérer chaque cas dans sa singularité, à la fois du côté du patient et de celui du groupe » (48). L'approche individuelle de la personne âgée est donc nécessaire à utiliser dans un premier temps avant de tenter l'approche groupale. Elle permet de tisser un lien et d'en apprendre un peu plus sur le caractère, les envies, les objectifs, le rôle social actuel au sein de la structure pour mieux l'orienter par la suite.

4.2.2. La complexité d'analyse et de création de groupes :

Le groupe est un moyen de médiation complexe à mettre en place. Ce n'est plus penser pour une prise en charge individuelle mais pour un atelier collectif où plusieurs personnes sont impliquées. Selon Kurt Lewin, « L'individu est toujours en interactions réciproques avec son environnement. La structure qui s'établit à un moment donné entre le sujet et son environnement est un champ dynamique, c'est-à-dire un système de forces en équilibre. Le groupe est un système d'interdépendance entre ses membres et les éléments du champ » (49). Ce qui signifie que la personne âgée sera très dépendante de l'environnement dans lequel elle sera en groupe, ainsi que l'entourage social (les membres constituant le groupe).

Selon Marie Chantal Morel Bracq, dans l'explication des inconvénients du modèle interactif, le travail de groupe génère du stress pour le thérapeute, car on ne sait jamais à l'avance ce qui va se passer, d'où parfois la nécessité d'évaluer et de superviser pour mieux comprendre. Le processus groupal peut produire des réactions inattendues (41). Lors de la construction de groupe, il sera important pour les ergothérapeutes de repérer et noter les situations qui seront source d'angoisse, de repli ou de fuite. En effet la notion de groupe peut avoir un impact positif ou négatif selon les sujets. Il semble primordial que l'ergothérapeute, qui organise et construise le groupe, connaisse les techniques d'animation de groupe et de les avoir vécu. Le défi est de pouvoir susciter des « bonnes conversations » et de profiter du temps instauré au groupe pour approfondir les échanges autour d'un sujet ou d'une création. Il faut prendre des précautions, faire attention aux manières de faire en tant que thérapeute. De plus, il faut veiller aux attitudes à privilégier pour garantir une fluidité dans les échanges et que dans le même temps, le groupe reste focalisé sur l'atelier préparé (50).

Tout projet thérapeutique groupal oblige le thérapeute à décider de s'intéresser à l'ensemble du groupe, et aux éléments séparés constitutifs de cet ensemble, c'est-à-dire chaque membre ou à leurs interactions mutuelles. C'est grâce à cette évaluation qu'il va pouvoir faire progresser la dynamique du groupe afin de favoriser, pour les séances groupales suivantes, la participation de chacun (43).

4.3. Les différents critères existants pour la construction des groupes : Modèle interprofessionnel interactif

Pour penser un groupe, l'ergothérapeute doit faire référence aux caractéristiques pouvant s'apparenter à la pratique de l'ergothérapeute en psychiatrie où il est important de respecter certains critères pour favoriser la dynamique de groupe et ainsi créer de la participation sociale de la part des personnes âgées dans le groupe.

Le **modèle interactif** questionne le « comment adapter l'activité pour permettre des interactions pertinentes entre les membres du groupe ? ». Pour introduire ce modèle interactif, il est intéressant de se pencher sur les écrits de Marie Chantal Morel Bracq dans son livre « *les modèles conceptuels en ergothérapie* » (41) :

Ce modèle peut être en complémentarité avec celui de la PPH ou de la CIF sur lequel peut se baser l'ergothérapeute pour former un groupe thérapeutique ayant pour vocation de stimuler la participation sociale pour l'ergothérapeute. Le modèle interactif peut être utilisé lorsque l'origine du problème se situe dans les difficultés à s'identifier et exprimer ses désirs, à établir des relations, à interagir socialement de façon adaptée. Pour cela le modèle interactif peut aider à construire ce groupe en respectant des critères permettant de réintégrer la personne âgée à la socialisation. Selon Marie Chantal Morel Bracq, ce modèle concerne les interactions et la communication dans un groupe. En ergothérapie, il concerne en particulier le travail de groupe centré sur une activité. Ce modèle est holistique. Il s'intéresse à la perception de la réalité par la personne, à ses capacités de communication avec les autres et prend en compte la personnalité et le comportement des personnes qui composeront le groupe. Celui-ci peut fournir un moyen de gérer des conflits. Le processus groupal est en lui-même un « **moyen thérapeutique potentiel dynamique** ».

Comme le souligne Marie Chantal Morel Bracq, l'interaction avec les autres personnes dans des groupes thérapeutiques permet un développement personnel, une meilleure connaissance de soi et le développement des capacités pour rentrer en relation. « Le principal objectif du groupe est de donner aux participants la possibilité de participer à un travail commun dans le but d'explorer leurs problèmes et leurs réactions personnelles, ou pour améliorer leur capacité à exprimer leurs propres besoins et à être sensibles à ceux des autres. Le développement de ces capacités permet une meilleure intégration sociale ». L'indice de satisfaction des participants est important à prendre en compte.

Selon Edith Lecourt (51) et Marie Chantal Morel Bracq dans l'explication du modèle interactif (41) , il existe différentes caractéristiques qui forment le groupe:

- Le volume : il existe des petits groupes et des grands groupes. Le petit groupe est considéré comme tel lorsqu'il y a présence de 3 à 10 personnes. Il est grand au delà de ce chiffre.
- La composition des membres au sein du groupe : nous parlons de groupes homogènes lorsque les participants au sein du groupe partagent les mêmes caractéristiques comme l'âge, leurs cultures, les capacités, les difficultés sociales, psychologiques, physiques. Il y a aussi des groupes hétérogènes composés de personnes ayant des caractéristiques différentes avec des symptomatologies différentes par exemple.
- La distinction des groupes fermés et ouverts : c'est-à-dire que la composition du groupe peut varier d'une séance à l'autre lorsqu'il est ouvert. En effet, la personne peut décider de participer ou non à tout moment quand il est ouvert et au contraire lorsque celui-ci est « fermé » il n'y a pas de changement concernant la composition du groupe. Ce sont des membres permanents, pas de possibilité d'intégration d'une nouvelle personne si un des membres est absent. Il peut exister des groupes semi-ouverts où quelques personnes peuvent intégrer le groupe en cas de départ d'anciens membres du groupe, mais ils seront obligés de rester jusqu'à la fin de l'activité.

4.4. Les caractéristiques de construction de groupes jugées idéales, par les écrits en psychologies sociales, pour stimuler la participation sociale

Par la présence de plusieurs études et revues basées sur la psychologie sociale, des caractéristiques concernant les groupes ont été proposées comme « idéales » à l'engagement de l'individu dans le groupe permettant la stimulation de la participation sociale au sein de celui-ci.

Selon les bibliographies recherchées, plusieurs critères ont été soulignés comme favorisant cette participation, en montrant l'avantage de certains procédés dans la pratique la plus idéale possible. Parmi ces procédés nous retrouvons :

4.4.1. L'activité

Le choix de l'activité constitue un élément important pour créer le groupe thérapeutique et permettre une bonne dynamique. L'activité est la fin et le moyen de l'ergothérapie (4). Elle activerait les potentialités existentielles de la personne pour un maximum d'autonomie. C'est une médiation de la relation, tout en permettant le développement des aptitudes, l'expérimentation, l'adaptation aux situations de handicap.

L'analyse d'activité

Selon Marie Chantal Morel Bracq : « l'analyse de l'activité a pour objectif de rendre l'activité thérapeutique pour le patient/client en s'ajustant à ses capacités motrices, sensorielles, cognitives et psychologiques pour permettre une confrontation à la réalité, aider à la revalorisation et stimuler un processus de changement en lien avec la situation de handicap. L'ergothérapeute prévoit et planifie les mises en situation d'activité pour le patient. L'analyse d'activité permet d'adapter l'activité aux objectifs prévus. » (52).

Selon ses écrits, Marie Chantal Morel Bracq, décrit le passage de cette analyse de l'activité par :

- Décrire l'activité avec ses **objectifs thérapeutiques** en lien avec les besoins du résident, les outils et matériaux nécessaires, les étapes, les risques
- Les **capacités requises** pour l'activité afin de ne pas confronter le résident à une situation d'échec : capacités psychologiques, cognitives, physiques, sociales...
- Le **sens de l'activité** : culturel, social, signifiant ou significatif pour la personne âgée
- Les adaptations possibles : ainsi il sera possible d'évaluer l'activité pour adapter de manière la plus pertinente possible

Marie Chantal Morel Bracq insiste sur l'importance d'utiliser des évaluations de la personne sur les habitudes de vie, sur l'environnement ainsi que les capacités pour mieux gérer l'activité thérapeutique.

4.4.2. Le cadre spatio-temporel et le fonctionnement

Le cadre élaboré par l'ergothérapeute peut vraiment constituer un élément important pour favoriser par la suite la dynamique de groupe. Tous les éléments du cadre auront une influence sur les processus thérapeutiques. Le cadre se matérialise par l'ensemble des règles et normes instaurées au groupe (53). Selon Catherine Potel, psychomotricienne, le cadre dépend de 3 facteurs : l'espace, le matériel et le temps (54).

- La fonction contenant : spatiale et temporelle. Selon Catherine Potel, « pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, plaisirs et engendrer les mouvements et gestes, il faut réussir à concevoir un espace comme un réceptacle de toutes expériences ». Les activités doivent se dérouler dans un environnement sécurisant, souvent identique et différencié de l'institution pour pouvoir permettre l'expression des participants de manière plus aisée. En effet, l'atelier en groupe en ergothérapie est le lieu où le résident peut s'exprimer par la réalisation de l'activité. Il est aussi préférable de laisser un espace où il pourra s'identifier et se repérer. Comme le dit la psychomotricienne, Le temps sera modulable avant la séance mais le fait d'utiliser la même durée est plus sécurisant et constitue un repère. Le fait que le cadre soit plus contenant permettra aux résidents de s'aquitter de certaines inquiétudes et donc pourront pleinement profiter de l'intérêt du groupe, de participer à l'activité ainsi qu'interagir avec les autres membres du groupe.
- Fonctionnement : il est aussi essentiel qu'il y ait des règles qui soient imposées pour la réalisation de l'activité afin de limiter les débordements dans le groupe. Elles devront être établies pendant la préparation de l'atelier et devront être énumérées au début de l'atelier en groupe. Ses règles sont susceptibles d'évoluer selon les activités proposées. Il sera donc essentiel qu'elles soient répétées en début de séance. Ses règles permettent de donner des limites mais aussi des repères. Elles doivent permettre aux personnes âgées constituant le groupe de se les approprier.

4.4.3. L'animation et la distance thérapeutique :

Jean Bernard Chapelier explique que la distance entre le thérapeute et le groupe joue un grand rôle pour la dynamique du groupe. En s'éloignant du groupe il devient persécuteur, si il est trop proche il devient le centre du groupe (53). Selon Marie Chantal Morel Bracq, selon le type de groupe et selon les objectifs du groupe, l'ergothérapeute sera plus ou moins directif, actif, facilitateur, observateur, ce qui nécessite beaucoup de compétences pour le gérer (41). La co-thérapie, c'est-à-dire la présence de 2 thérapeutes, amènera des différences notables dans la vie du groupe. Elle est préférée le plus souvent pour mieux contenir le groupe surtout quand il y a de l'agressivité. Elle permet de mieux supporter les angoisses de mise en groupe (48). La coanimation permet pour les 2 thérapeutes de pouvoir agir à différents niveaux selon leurs compétences ainsi qu'en complémentarité pour le bien-être de la personne. Ainsi à eux deux, ils peuvent jouer de l'individuel et du groupal, de pouvoir traiter les choses de manières différentes, laissant l'un plutôt s'occuper d'une partie de l'activité et l'autre explorer, et vice-versa. Le fait d'être deux pour animer offre un aspect protecteur pour le thérapeute qui pourra s'appuyer et s'exprimer à deux sur les faits rencontrés. Ce sentiment d'assurance des thérapeutes sera renvoyé aux participants (55).

4.4.4. L'évaluation et observations

Selon Marie Chantal Morel Bracq dans l'explication du modèle interactif, concernant le groupe thérapeutique, l'observation et l'analyse sont primordiales. Les interactions entre les participants peuvent être évaluées de manière quantitative et qualitative. Le degré de participation de chacun et l'appropriation des rôles peuvent être des critères d'évaluation (qui sont des dimensions principales de la participation sociale). Selon les objectifs du groupe, l'activité sera analysée en fonction de : l'objectif de communication en interaction avec les autres membres du groupe, la fonction de resocialisation, sur la connaissance de soi, les adaptations des comportements pour travailler en groupe, l'aspect créatif et la réalisation de

l'activité, le fait d'avoir pu réaliser l'activité ou la création à plusieurs, l'évolution des capacités de la personne âgée sur les qualités d'indépendance et d'autonomie.... (41). Il serait donc nécessaire de pouvoir évaluer l'aspect individuel dans un premier temps car chaque individu est différent. Par la suite, l'évaluation du groupe permettrait de comprendre aussi la dynamique, et identifier si les problèmes sont d'origine individuels ou en rapport à la dynamique.

4.4.5. Les critères des groupes :

Concernant les caractéristiques du groupe, plusieurs études et ouvrages de psychologies ont permis de souligner l'avantage de certaines constructions de groupe en fonction de la dynamique qui en découle.

Selon Edith Lecourt dans son ouvrage « l'analyse des groupes », s'inspirant des théories des psychanalystes s'intéressant à cela (Kurt Lewin, Jacob Lewi Moreno, Michael Balint), la taille du groupe peut être important selon ce que l'on recherche. Il aurait tendance à donner la possibilité aux participants de pouvoir être en relation directe avec les autres membres du groupe, et ainsi de pouvoir favoriser les interactions entre eux. Par exemple lorsque les personnes se mettent en cercle, chacun aura la possibilité de se voir et cela favorisera une appréhension directe sur l'ensemble du groupe. Cela va créer alors des possibilités relationnelles qui seraient vraiment différentes avec un grand groupe. Nous parlons alors de groupe primaire car c'est un groupe créé autour d'un but commun. Les rôles des uns et des autres seront définis avec la mise en place d'habitudes, de normes, de règles... Des relations de qualités se développent, ainsi qu'une interdépendance. Quant aux grands groupes, qui sont les groupes secondaires rassemblant un nombre de personnes plus important, les relations seront plus impersonnelles, formalisées et conceptualisées. Dans le grand groupe, des sous-groupes se formeront ramenant en définitif à de petits groupes à l'intérieur d'un grand groupe (56). De plus, les grands groupes entraînent des phénomènes de groupe plus rapides mais les angoisses sont plus intenses favorisant le risque de pertes identitaires (48).

Il est important de bien penser à la structure du groupe car celui-ci va être synonyme de groupe d'appartenance (concept introduit par H.Hyman) pour la personne âgée. Cela implique qu'elle s'identifiera et sera solidaire à la structure sociale à laquelle elle participe. Cette appartenance va permettre à la personne âgée de se situer dans son environnement social. Le groupe fera partie de son identité et lui offrira une reconnaissance sociale. La relation d'un individu à ses groupes peut expliquer certaines résistances lorsqu'il y a un changement dans la construction du groupe (56).

La psychologie sociale opte plutôt pour un travail en groupe homogène ayant des limites temporelles. En effet, selon Silvia Corbella dans la section de revue de psychothérapie psychanalytique de groupe : « le petit groupe thérapeutique : entre individu et société », l'homogénéité des groupes favorisent les mouvements fusionnels, avec un partage à tout niveau. Cette caractéristique tend à ralentir et rendre plus résistant les mouvements d'individuation, c'est-à-dire que les personnes composant le groupe auront moins tendance à réaliser l'activité en groupe de « son côté » et seront plus tentés d'aller vers les autres. Précédemment, il a été souligné que le groupe constitue un « effet miroir » entre les personnes constituant le groupe : lorsque les personnes possèdent des caractéristiques similaires, il sera plus facile pour elles de s'identifier et de trouver leurs rôles au sein du groupe. De plus, mélanger plusieurs personnes au sein du groupe avec des pathologies, des capacités

différentes va créer des inégalités qui tendront plus facilement vers des tensions. Le fait de coupler l'homogénéité du groupe à un cadre temporel défini semblent être complémentaires. Cela permet une utilisation appropriée du groupe dans l'objectif de mouvements de cohésion, de partage ainsi que d'accentuer la dimension collective pour éviter la situation de séparation-individuation. Créer un groupe plus hétérogène aurait tendance à stimuler l'individuation, et serait vécu comme plus angoissant par un groupe de pairs pouvant entraîner plus de solitude.

Concernant le travail au sein d'un groupe homogène, outre l'apport de l'aspect positif du groupe pour sortir de l'isolement, il permet aussi de stimuler l'entre-aide grâce à la facilité et la richesse des échanges. Le terme « nous » peut donc émerger du groupe dans un aspect fusionnel. La solidarité d'un groupe caractérisé par le partage de situations similaires, reconnaissables par tous, peut fournir une première possibilité de diminuer la crainte, la honte de faire, l'impuissance. Cela peut permettre de créer une relation de confiance et donner du sens à la personne (57). Ces propos se basent sur une approche plutôt centrée sur les phénomènes observés chez les enfants. Cependant, il serait possible de pouvoir rapprocher ses propos à d'autres populations du fait que les dires se basent sur des caractéristiques concernant l'individu en lui-même, ainsi que sa dynamique en société.

Concernant la composition d'un groupe fermé, il est généralement défini par le ou les thérapeutes. Il vaut mieux éviter d'inclure dans ces groupes des patients perturbateurs (modèle interactif)(41). Velia Bianchi Ranci, psychologue et psychothérapeute, explique la formation de ses groupes thérapeutiques auprès des enfants. Pour elle, le groupe fermé est plus utilisé car il offre un certain cadre, strict permettant une réduction des possibilités d'une possible tension au sein du groupe. Les groupes ouverts semblent plus limités que les groupes fermés. Cependant, elle souligne le fait que la permanence dans un groupe oblige à avoir toujours la même conduite. Si le groupe devient ouvert, la personne pourra opter pour une nouvelle position, ce qui l'obligera de s'adapter à quelqu'un de nouveau. Ainsi ce processus permettrait de poursuivre cette adaptation hors du groupe et favoriser une meilleure utilisation des ressources évolutives dans le lieu de vie (58). Par ses observations à la suite de ses groupes thérapeutiques, elle a pu comprendre que grâce à cette expérience, les enfants avaient eu la possibilité de tirer profit de celle-ci dans leurs cadres sociaux de leurs lieux de vie. Ils arrivaient à chercher d'autres enfants pour faire naître de nouveaux groupes sociaux plus ou moins structurés. Elle privilégie donc de passer en premier par le groupe fermé, qui diminue le malaise et la peur des personnes intégrantes du groupe mais que par la suite il est intéressant de pouvoir essayer la notion d'ouverture de groupe. Velia Bianchi Ranci décrit quand même que la possibilité de pouvoir sortir du groupe peut empêcher d'aller plus en profondeur dans la recherche des problématiques individuelles dans le groupe.

Problématique et hypothèses

De nombreuses littératures centrées sur la psychologie sociale et des études réalisées en ergothérapie nous ont permis de se rendre compte de la richesse des thérapies en groupe pour la stimulation de la participation sociale. Elle a montré qu'il y avait plusieurs critères et évaluations qui existent. Ceux-ci permettent de pouvoir valoriser la participation du résident, dans un premier temps, au sein d'un groupe et permettre ensuite de déboucher sur une dynamique favorable de celui-ci. En effet, le fait de choisir des critères de groupe qui reposent sur de bonnes évaluations peuvent anticiper au maximum les conséquences sur sa dynamique.

Les revues de littérature souvent centrées sur la psychologie sociale de l'humain ont permis de soulever des critères pouvant majorer la participation sociale dans l'idéal lorsque celui-ci se retrouve dans un groupe ; mais qu'en est-il en réalité sur le terrain ? Les ergothérapeutes utilisent-ils tous les outils pouvant être à disposition pour construire les groupes de manière optimale ? S'appuient-ils sur les mêmes critères qu'en psychologie sociale pour permettre au maximum l'intégration du résident dans l'activité et stimuler la participation sociale dans le groupe ?

Ce qui vient à nous poser cette question : **Sur quelles évaluations et critères les ergothérapeutes se basent-ils pour construire les groupes thérapeutiques dans le but de maintenir ou stimuler la participation sociale de la personne âgée en EHPAD ?**

Cette question peut faire émerger plusieurs hypothèses qui sont les suivantes :

Hypothèse n°1 : Les ergothérapeutes se basent sur différentes évaluations pertinentes de la participation sociale de la personne âgée en EHPAD pour constituer les groupes thérapeutiques et les faire progresser dans cette direction.

Hypothèse n°2 : Les ergothérapeutes s'appuient sur les mêmes critères jugés optimaux par la littérature en psychologie sociale pour construire le groupe thérapeutique.

Hypothèse n°3 : La construction des groupes thérapeutiques dépend souvent du contexte dans lequel évoluent les ergothérapeutes.

Partie méthodologique

1. Objectifs de la recherche

L'objectif de ce travail d'initiation à la recherche est de « faire un état des lieux » des évaluations et des critères sur lesquels les ergothérapeutes s'appuient pour la conception des groupes thérapeutiques au sein d'EHPAD afin d'intégrer au mieux la participation sociale du résident. Par la suite, nous pourrions comparer ce qui est fait en réalité avec ce qui est indiqué dans la littérature et chercher la cause des différences si il y en a.

Afin de répondre à nos hypothèses, nous voulons comprendre ce sur quoi ils s'appuient pour déterminer la participation sociale du résident et comprendre l'intérêt de les intégrer dans un groupe thérapeutique. Ensuite, nous étudierons les choix de critères qu'utilisent les ergothérapeutes pour construire ces groupes afin de stimuler cette participation sociale. Enfin il sera intéressant de pouvoir souligner si les ergothérapeutes sont en mesure de pouvoir appliquer leurs critères dans le contexte institutionnel dans lequel ils évoluent et ainsi pouvoir déterminer les éléments qui pourraient être la cause d'adaptation.

Il paraît intéressant de pouvoir souligner tous ces éléments car les uns influencent les autres. Le contexte paraît important à aborder pour expliquer l'approche qu'ont les ergothérapeutes par rapport aux choix des critères et aux évaluations de groupes thérapeutiques.

2. Choix de la population cible

Pour effectuer ce travail, nous avons choisi d'interroger les ergothérapeutes diplômés d'Etat exerçant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Aucun critère de non inclusion n'a été établi sur cette population. Les ergothérapeutes pratiquant ou non des groupes thérapeutiques étaient donc amenés à pouvoir participer à l'étude. En effet, il paraissait intéressant de pouvoir recueillir les différents points de vue des ergothérapeutes entre leurs différentes prises en charge (individuelle, groupale...). L'objectif de ce mémoire est de pouvoir comprendre la façon dont ils prennent en compte la participation sociale du résident au sein de l'EHPAD mais surtout la façon de créer les groupes thérapeutiques pour stimuler cette participation sociale au sein de ceux-ci.

Comme évoqué dans le cadre théorique, il peut être compliqué pour l'ergothérapeute de créer des groupes et de pouvoir faire participer tous les membres qui les composent. Or c'est l'essentiel de l'intervention en ergothérapie. La participation sociale est un concept clé dans la pratique et elle doit être stimulée dans les prises en charge proposées par l'ergothérapeute afin d'être réinvestie dans la vie de tous les jours. C'est donc pour cela qu'il semble intéressant de comprendre la façon de construire un groupe thérapeutique pour stimuler cette participation sociale.

3. Choix de l'outil méthodologique

3.1. Le questionnaire

Le choix de l'outil méthodologique s'est orienté vers le questionnaire. C'est l'une des trois grandes méthodes de collectes de données parmi les entretiens, questionnaires et observations. Le questionnaire a été choisi pour cet objet d'étude car il a permis de diffuser à plusieurs ergothérapeutes et recevoir un maximum de réponses à analyser. Pour cette étude,

il était essentiel de recevoir plusieurs retours du questionnaire pour avoir un maximum de points de vue des ergothérapeutes. Ainsi nous pouvions faire des corrélations entre les réponses. Pour cela il a été nécessaire de laisser l'anonymat des participants.

3.2. Le contenu et traitements des données

Le questionnaire peut être le plus souvent une méthode de collecte quantitative mais peut aussi être une méthode de collecte qualitative en fonction de la forme de questions. En effet, dans ce questionnaire, la moitié des questions étaient sous la forme fermée et d'autres sous la forme ouverte. Il semblait important de pouvoir varier la forme des questions car pour certains éléments il ne fallait pas orienter les réponses. Par exemple, lorsqu'il était évoqué le choix de certains critères pour créer les groupes thérapeutiques, les savoirs qu'ils avaient par rapport avec la participation sociale. C'était une question assez personnelle posée aux ergothérapeutes où il était nécessaire de pouvoir recueillir l'opinion personnelle. Il était donc essentiel ici de pouvoir connaître leurs réels points de vue par rapport à ces critères et la justification qu'ils font derrière cela.

L'analyse des questions ouvertes pouvait être plus délicate à réaliser. Pour les exploiter, il existe plusieurs méthodes qu'a développé Andrew Maho diplômé de l'Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information (ENSAI)(59). Il sera important de pouvoir compléter les questions fermées du questionnaire par ces questions ouvertes en faisant des corrélations.

Pour analyser les réponses, Andrew Maho souligne qu'il serait intéressant de repérer les commentaires redondants qui permettront de faire une synthèse des réponses. Ainsi cela permettra de faire apparaître les éléments clés dans les réponses de chaque ergothérapeute et faire ressortir les idées principales qui peuvent se recouper. C'est le principe des occurrences de réponses. Il sera aussi nécessaire de repérer dans les réponses si les ergothérapeutes ont appuyé sur un élément en particulier par rapport à un autre par l'utilisation de superlatifs, de ponctuations par exemple. Pour certaines questions ouvertes, il était intéressant d'utiliser le logiciel excel en exportant les réponses de « sphinx » afin de pouvoir faire des tris par rapport aux réponses. Pour repérer les mots récurrents, un code couleur était utilisé pour pouvoir par la suite compter le nombre de réponses et pouvoir établir des catégories pouvant regrouper ses réponses. Par exemple, la question sur les obstacles que peuvent rencontrer les ergothérapeutes pour faire les ateliers en groupes (question 21) traitant du contexte, plusieurs réponses avaient été énoncées. Des réponses se répétaient entre les ergothérapeutes. Le code couleur nous permettait donc de rassembler les réponses pour en faire ressortir par la suite le thème général. Ainsi l'interprétation des résultats était plus facile et la lecture plus agréable. Cependant nous ne pouvions pas contrer la subjectivité des catégories de réponses car il se pouvait que les réponses des ergothérapeutes n'étaient pas forcément justifiées. Il était donc difficile de classer ses réponses dans des catégories, sans pouvoir apporter notre interprétation aux résultats.

Lorsqu'il était possible de créer des propositions aux questions, il était préférable de privilégier les questions fermées notamment pour les questions sur le contexte et les outils utilisés par les ergothérapeutes. Cette forme de question permettait de visualiser plus rapidement les points de vue qui pouvaient être identiques selon les ergothérapeutes et de donner des statistiques qui rendaient plus claires le travail d'analyse.

Concernant les analyses des résultats, les données étaient traitées par le logiciel « Sphinx » et Excel. Grâce à ces outils nous pouvions réaliser des tris à plats sur des analyses descriptives. Pour certaines questions, il était intéressant de pouvoir faire des corrélations notamment pour valider ou réfuter l'hypothèse sur le contexte. En effet, il était nécessaire de pouvoir croiser certaines questions pour se rendre compte de la possible influence de l'environnement structurel. Pour cela, le site « Sphinx » pouvait élaborer un tri croisé qui donnait des pourcentages témoignant, ou non, d'une signification entre les deux questions croisées. Les résultats ont été par la suite exprimés en effectifs puis en pourcentages. Pour une meilleure interprétation, les résultats ont été illustrés par des graphiques, des tableaux, des diagrammes grâce aux différents outils disponibles sur le logiciel Excel.

3.3. Moyen de diffusion

3.3.1. Collecte de données

Pour effectuer le questionnaire, le site internet « sphinx » a été utilisé ce qui a permis de dresser le questionnaire de la meilleure façon. Ce site permet également de récolter les données grâce à l'envoi d'un lien en ligne. Ainsi il suffisait aux ergothérapeutes de cliquer sur ce lien afin de pouvoir répondre au questionnaire. Le fait de le mettre en ligne permet une récolte de données plus simple et rapide.

3.3.2. La prise de contact

Pour dresser la liste des ergothérapeutes en EHPAD, il a été nécessaire d'appeler, dans un premier temps, tous les EHPAD de la région Limousin et ses régions limitrophes. Il était alors possible de recueillir différents contacts et mails afin de pouvoir diffuser le questionnaire. De plus, des contacts ont été cherchés au sein de la base de données des stages. Plusieurs contacts ont été transmis par différents étudiants ayant pratiqué des stages en EHPAD. Ainsi le lien « sphinx » a pu être envoyé aux différents contacts. Après plusieurs réponses au questionnaire, plusieurs ergothérapeutes ont pris contact pour discuter du mémoire et proposaient de diffuser le questionnaire à d'autres ergothérapeutes en EHPAD qu'ils avaient dans leurs réseaux. Cela a permis de recueillir plus de réponses.

Une question concernant le lieu dans lequel exerce l'ergothérapeute était présente dans le questionnaire. Ainsi il était possible de suivre les personnes ayant répondu au questionnaire tout en gardant leur anonymat. Nous pouvions alors savoir à qui renvoyer le questionnaire en cas de possible relance sans importuner les autres qui avaient répondu.

4. Description de l'étude

Le questionnaire est découpé en plusieurs parties :

- Une première partie permettait de récolter des **informations générales** et des **données sur le contexte** dans lequel évoluent les ergothérapeutes. L'objectif de cette première partie était de pouvoir comprendre quels sont les paramètres qui permettaient de favoriser la pratique de l'ergothérapeute concernant les groupes thérapeutiques en EHPAD ou au contraire qui la freinait empêchant la réalisation des groupes en fonction des critères choisis par l'ergothérapeute.

- Une seconde partie dans laquelle étaient questionnées **les méthodes d'évaluations utilisées pour estimer le niveau de participation sociale de la personne âgée et choisir son orientation de prise en charge pour stimuler cette participation sociale**. L'objectif de ces questions était de pouvoir comprendre ce que les ergothérapeutes connaissaient de la participation sociale et d'identifier les méthodes d'évaluations de celle-ci. Il était possible de pouvoir comprendre l'intérêt qu'ils portent aux groupes thérapeutiques et le choix de prises en charge. Dans cette partie une question était posée aux ergothérapeutes concernant le choix des prises en charge, entre l'individuel et le collectif. Selon la réponse à cette question, des justifications étaient demandées aux ergothérapeutes optant uniquement pour les prises en charge individuelles. Le questionnaire s'arrêtait ensuite pour eux. Les ergothérapeutes répondant les 2 modes de prises en charge ou uniquement les groupes thérapeutiques pourront continuer le questionnaire jusqu'à la fin.
- Une troisième partie questionnait sur **les critères choisis par les ergothérapeutes pour construire les groupes thérapeutiques de manière à stimuler la participation sociale**. L'objectif de ces questions était de pouvoir souligner leurs points de vue concernant la création du groupe, sa construction et ainsi de pouvoir identifier si la notion de participation sociale était au centre des préoccupations des ergothérapeutes lors de la construction du groupe thérapeutique.
- Une quatrième partie se portait sur **les évaluations de la séance de groupe**. Pour finir, l'objectif de cette dernière partie était de se rendre compte de ce qu'évaluent et modulent les ergothérapeutes des groupes thérapeutiques. D'essayer de comprendre si il y a une recherche d'amélioration de ces groupes afin de stimuler encore plus la participation sociale des personnes âgées constituant le groupe pour les prochaines séances.

Il semblait judicieux dans le développement du questionnaire que les parties soient classées dans cet ordre pour amener un sens au questionnaire.

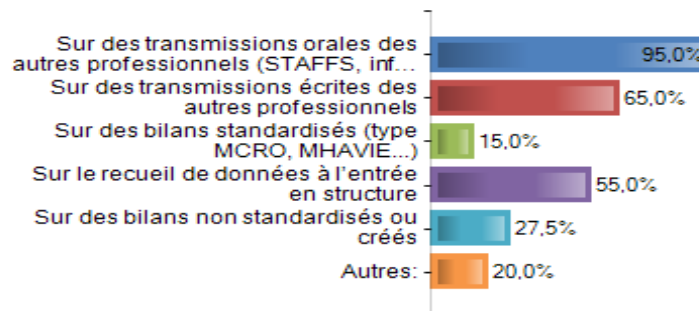
Résultats

42 ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. Dans les résultats, il se pourrait parfois que le nombre total d'ergothérapeutes ayant répondu à certaines questions soit de 40 car 2 ergothérapeutes ont choisi la réponse ne leur permettant pas de poursuivre le questionnaire.

1. Les différentes évaluations de la participation sociale utilisées par les ergothérapeutes

1.1. L'évaluation initiale ou formative de la participation sociale de la personne âgée (sur 42 ergothérapeutes)

Figure 1: Types d'évaluations initiales de la participation sociale de la personne âgée



95% des ergothérapeutes se basent sur une évaluation de la participation sociale du résident par des transmissions orales des autres professionnels (dans les 95%, 15% des ergothérapeutes ont optés uniquement sur des transmissions orales pour évaluer la participation sociale du résident). Les autres ergothérapeutes utilisent plusieurs modes d'évaluation souvent couplés à la transmission orale des autres professionnels : 65% se basent sur des transmissions écrites, et 55% sur le recueil de données à l'entrée du résident. 15% des ergothérapeutes se basent sur des bilans standardisés et 27,5% sur des bilans créés par leurs soins. Pour les 20% ayant répondu « autres » la plupart d'entre eux expliquent se baser sur des « observations du comportement », d'« échanges avec le résident », « des entretiens individuels » ou encore « des bilans cognitifs comme le MMS ».

1.2. L'évaluation en fin de séance (ou sommative) et réadaptation des groupes thérapeutiques (réponses de 40 ergothérapeutes)

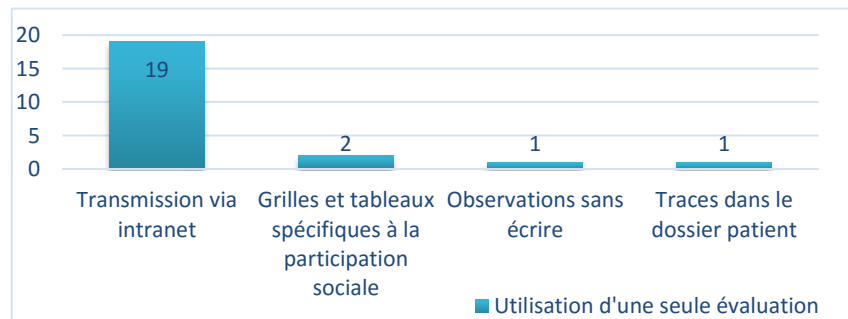
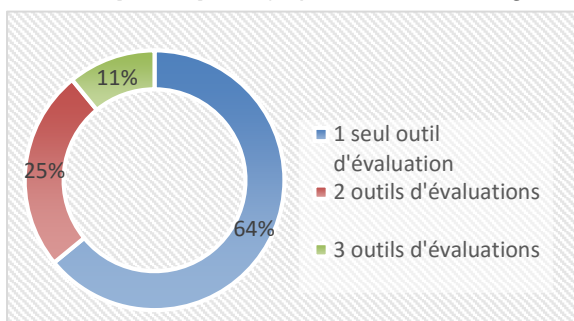


Figure 2: Nombre d'outils d'évaluations du groupe thérapeutique utilisés par les ergothérapeutes

Figure 5: Type d'évaluation lorsque l'ergothérapeute a choisi qu'un seul type d'évaluation

La majorité des ergothérapeutes (64%) utilise un seul mode d'évaluation du groupe notamment intranet en priorité. Un seul ergothérapeute ne passe pas par l'écrit pour tracer ses séances de groupe. 36% des ergothérapeutes utilisent 2 à 3 évaluations pour tracer la participation sociale au sein du groupe majoritairement par « la traçabilité via intranet couplé à des grilles spécifiques à la participation sociale ». Tous les ergothérapeutes ayant opté pour 2 ou 3 évaluations ont tous choisi les transmissions via intranet avec un autre mode d'évaluation.

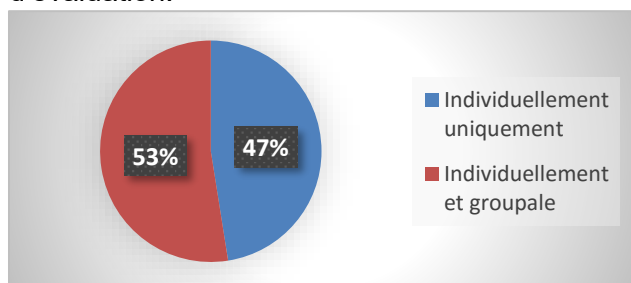


Figure 4: La manière d'évaluer le groupe thérapeutique par les ergothérapeutes

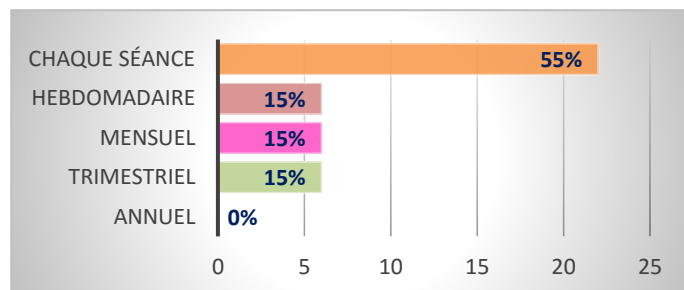


Figure 3: Fréquences de réadaptation des groupes thérapeutiques selon les ergothérapeutes

Tous les ergothérapeutes interrogés évaluent de manière individuellement chaque résident constituant le groupe. 47% évaluent uniquement de manière individuelle chaque résident composant le groupe mais n'évaluent pas la dynamique groupale, et 53 % évaluent aussi bien la dynamique groupale que le résident individuellement (Aucun ergothérapeute n'évaluent uniquement le groupe).

De plus, la majorité des ergothérapeutes arrivent à moduler le groupe de manière fréquente à chaque prochaine séance ou de manière hebdomadaire en fonction des évaluations et des améliorations à apporter aux groupes. Environ 30% des ergothérapeutes modulent le groupe de manière plus espacée au-delà de tous les mois. Aucun ergothérapeute module leurs groupes annuellement.

1.3. Niveau de connaissance de la participation sociale des ergothérapeutes (42 ergothérapeutes)

Tableau 1: Notion de participation sociale selon les ergothérapeutes interrogés

Dimension sociale en interaction avec les autres n=32	Relations interpersonnelles (x27)		<i>« communication », « échanges », « interactions », « lien social », « transmissions des savoirs entre les personnes »</i>
	Place et rôle dans la société (x8)		<i>« appartenance », « reconnaissance », « rôle social »,</i>
	Participation aux activités collectives (x9)		<i>« implications dans les activités avec les autres » « implication dans un groupe »</i>
Dimension individuelle dans l'environnement propre à la personne n=31	Réalisation des habitudes de vie (x22)	Intérêts des activités significantes	<i>« implications dans les activités », « histoire de vie », « stimulation », « motivations », « engagement »</i>
		Volition	
	Autonomie (x14)		<i>« pouvoir de décision », « capacités à », « habiletés », « prendre sa vie en main », être acteur »</i>
	Identité (x7)		<i>« unique », « revalorisation », « estime de soi »</i>
Lien avec l'environnement (x6)		<i>« adaptation des activités », « acceptation environnement »</i>	

La plupart des ergothérapeutes ont énoncé que la participation sociale avait 2 versants : une dimension sociale comprenant majoritairement les interactions interpersonnelles, la participation aux activités collectives, et le rôle de la personne dans la société. Ils soulignent également une dimension individuelle à la participation sociale concernant la réalisation des habitudes de vie majoritairement, suivi de l'autonomie dans les décisions, la construction de l'identité ainsi que le lien avec son environnement.

1.4. Les intérêts principaux des groupes thérapeutiques pour les ergothérapeutes (résultat sur 40 ergothérapeutes)

La majorité des ergothérapeutes (81%) pratiquent les 2 types de séances : en groupe et en individuelle. Seulement 5% ne font que des séances individuelles et 14% que des séances en groupe. Tous les ergothérapeutes ayant répondu à cette question ont estimé que le groupe avait pour intérêt d'apporter des objectifs thérapeutiques tels que :

- La stimulation de la participation sociale : grâce à la « la pair-émulation », les interactions interpersonnelles dans le groupe (échanges...), la reconstruction de l'identité de la personne âgée.
- L'apport d'objectifs de rééducation : Les ergothérapeutes ont souligné l'importance de stimuler les capacités des résidents qu'il est impossible de stimuler en séance individuel.

Cependant, il est important de noter que l'un d'entre eux a aussi répondu, en plus des apports sociaux, que le groupe avait un intérêt de « rentabilité » justifié par « permet de répondre à plus de demandes en ergothérapie ».

A titre informatif, un tableau se trouve en Annexe illustrant les objectifs thérapeutiques, étant les principaux intérêt du groupe cités par les ergothérapeutes. (ANNEXE III)

2. Les critères et justifications de la construction des groupes thérapeutiques (sur 40 ergothérapeutes)

- Le choix des activités : 39/40 ergothérapeutes ont répondu à cette question et ont tous énoncé des justifications focalisées sur le résident. 1 ergothérapeute n'a pas répondu à cette question. Parmi les ergothérapeutes choisissant les activités selon le résident, 2 ont énoncé choisir aussi l'activité en fonction des moyens existants, ainsi que l'obligation de faire certaines activités par les demandes de la structure.

Les choix des activités sont donc portés essentiellement sur le résident selon :

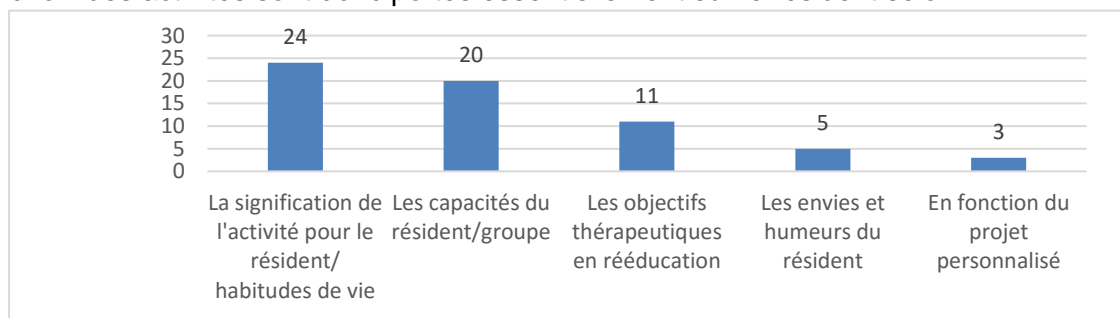


Figure 5: Différents choix de l'activité portés sur les résidents selon les ergothérapeutes

Plusieurs ergothérapeutes ont répondu à plusieurs modalités pour choisir les groupes. Ils s'appuient sur plusieurs caractéristiques de l'activité pour la choisir en fonction du résident.

- **Le cadre thérapeutique du groupe**

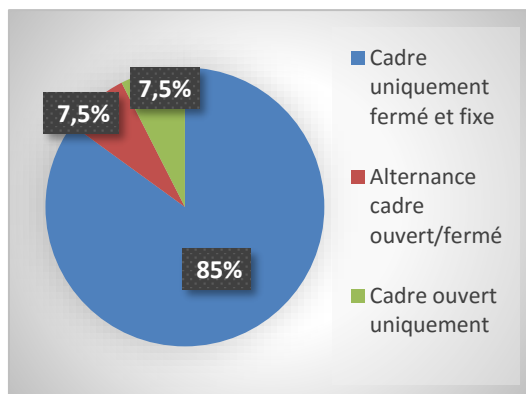


Figure 7: Type de cadre du groupe thérapeutique selon les ergothérapeutes

Cadre spatio-temporel	Lieu fixe (cité 24 fois)
	Temps fixe (cité 17 fois)
Cadre en référence aux caractéristiques du groupe	Groupe fermé (cité 10 fois)
	Petit groupe (cité 3 fois)
Cadre de l'activité	Directif / semi directif (cité 3 fois)
	Autres : Programme fixe, adaptation selon l'activité, placement en fonction des affinités

Figure 6: Choix du cadre selon les ergothérapeutes optant pour un cadre fermé

85% des ergothérapeutes optent pour un cadre fermé et fixe pour les activités de groupe en priorisant un cadre spatio-temporel fixe : « même lieu, même horaire, même durée même jour » ou encore « lieu calme, sans intrusion, isolé, chaleureux, convivial, pas trop grand, sécurisant » : justifié par « permet de stimuler la participation, les échanges, la confiance, la cohésion, la concentration ». La majorité ayant répondu à un cadre fermé justifie cela par : « mise en place de repères », « meilleure adaptation », « habitudes et automatismes qui se créés ». De plus, les caractéristiques de la constitution de groupe représentent un cadre pour les ergothérapeutes préférant: les « groupes fermés » et les « petits groupes » favorisant « la sûreté » et la « sécurité » des résidents. Ensuite, pour certains le cadre c'est aussi la façon de diriger l'activité, préférant le directif ou le semi-directif justifié par « stimulation de l'initiative », « structure l'activité »

7,5% (n=3) des ergothérapeutes utilisent les 2 sortes de cadre qui les distinguent par « groupes ouverts et fermés ». Pour les groupes ouverts, ils se basent sur un cadre ouvert comme « déroulement de l'activité dans une pièce ouverte à tous comme le hall de la structure », « activité dans une pièce du couloir... » justifiés par le fait de « stimuler l'adhésion des résidents, susciter l'intérêt ».

7,5% (n=3) des ergothérapeutes ayant répondu utilisent un cadre plutôt ouvert uniquement sans justification ou de critères particuliers.

- **La composition des groupes :**

- o **La taille des groupes thérapeutiques :**

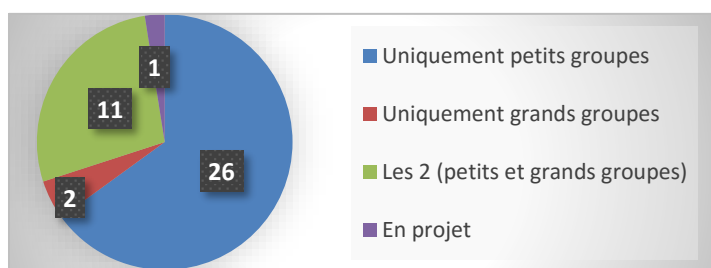


Figure 8: La taille des groupes thérapeutiques selon la participation sociale des résidents

Parmi les ergothérapeutes utilisant uniquement des petits groupes, 25 sont satisfaits, 1 ergothérapeute n'est pas satisfait de cette caractéristique.

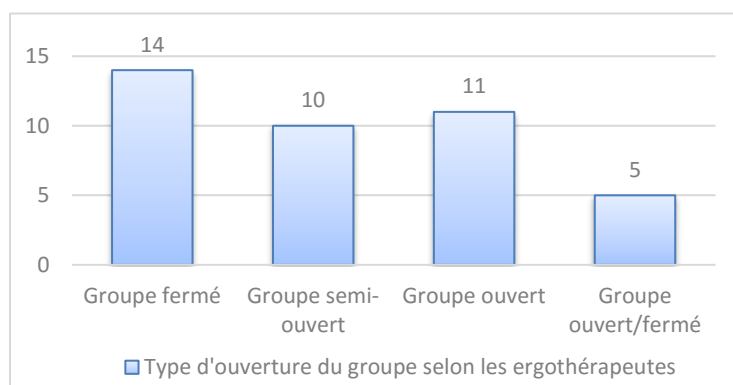
Tous les ergothérapeutes utilisant uniquement les grands groupes ainsi que ceux utilisant les 2 tailles de groupes sont satisfaits de cette composition.

Les ergothérapeutes choisissant uniquement les petits groupes thérapeutiques de manière satisfaisante (65%) justifient ce choix par bénéfice de: « meilleure gestion » (« *canalise les comportements* », « *être plus à l'écoute* » ...), « meilleure expression, échanges entre résidents », « meilleure participation sociale et occupationnelle des résidents ». La taille du groupe dépend aussi de l'activité, du nombre d'accompagnants et du temps disponible mais le groupe ne dépasse pas 10 résidents. Le seul ergothérapeute étant non satisfait du petit groupe justifie cela par « l'envie de faire de plus grands groupes mais impossible par les contraintes des locaux ».

Les ergothérapeutes ayant choisi le grand groupe et étant satisfaits (5%) justifient cela par : « ambiance conviviale », « communication facile », « détente », mais énonce quand même « une participation pas toujours présente de la part des résidents ».

Les ergothérapeutes faisant petits et grands groupes (27,5%) expliquent que le choix du nombre de personnes intégrant le groupe se fait en fonction : « des capacités, des objectifs du résident », « du type d'activité », « de la présence d'un co animateur ». La plupart ont souligné faire des petits groupes pour les activités cognitives et des grands groupes pour les activités plus centrées sur le moteur.

○ Groupes ouverts/semi-ouverts/fermés



35% des ergothérapeutes utilisent uniquement des groupes fermés

27,5% utilisent uniquement des groupes ouverts

25% utilisent uniquement des groupes semi-ouverts

12,5% utilisent autant les groupes ouverts que les groupes fermés

Figure 9: Les choix des ergothérapeutes concernant l'ouverture du groupe thérapeutique

Les groupes fermés sont les plus utilisés par les ergothérapeutes suivis des groupes ouverts et semi-ouverts. Enfin seulement 5 ergothérapeutes choisissent l'alternance des groupes ouverts et fermés.

Les 14 ergothérapeutes choisissant le groupe fermé justifient cela par : la sécurité « *maintien des repères* », « *permet d'instaurer la relation de confiance* », « *continuité dans les séances* », « *environnement plus rassurant* », « *création d'automatisme, habitudes* », les interactions faciles « *poursuite de lien social créé* », « *plus d'échanges* », l'évaluation plus simple « *permet d'évaluer la participation de la personne âgée au sein d'un groupe* ».

Les 11 ergothérapeutes choisissant uniquement le groupe ouvert justifient cela pour : « faire profiter le plus de résidents possible de l'EHPAD », « pouvoir intégrer la famille », « intégrer selon les envies, les motivations, volontariat », « palier aux départs et absences répétées », « adapter selon l'évolution de la pathologie », « garantir une dynamique ».

Les 10 ergothérapeutes pour les groupes semi-ouverts uniquement, justifient ce choix pour : « *intégrer ceux qui sont réellement motivés pour participer* », « *intégrer une personne* ».

entrante en EHPAD qui pourrait correspondre au groupe pré-existant », « adapter en fonction des capacités résiduelles, et le niveau des besoins ». Les entrées et sorties de résident au sein du groupe sont assez soutenues pour « ne pas perturber le groupe ».

Les 5 ergothérapeutes ayant opté pour les groupes ouverts/fermés justifient cela par « dépend des activités, ateliers », « de la présence des mêmes thérapeutes qui co-animent ».

- Choix des résidents dans les groupes: question d'homogénéités / hétérogénéités des groupes :

Seulement 2/40 ergothérapeutes ont répondu que leurs groupes étaient « ouverts à tous les résidents », un a spécifié un critère de non inclusion « ceux qui perturberaient le groupe ». Ils n'ont donc pas de critère d'inclusion. 95 % optent pour des critères d'inclusion :

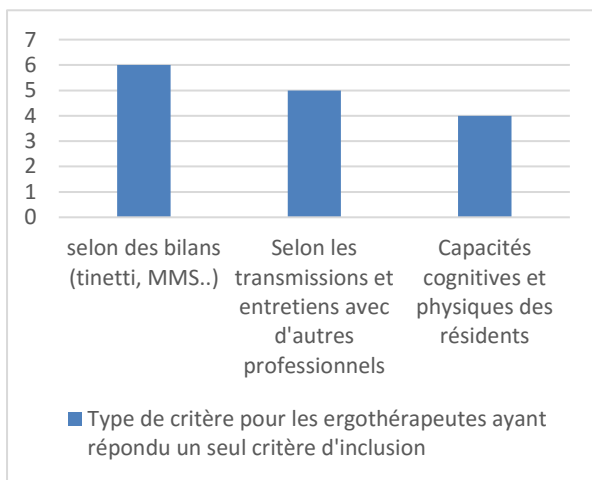


Figure 10: types de critères choisis selon les ergothérapeutes optant pour 1 critère d'inclusion

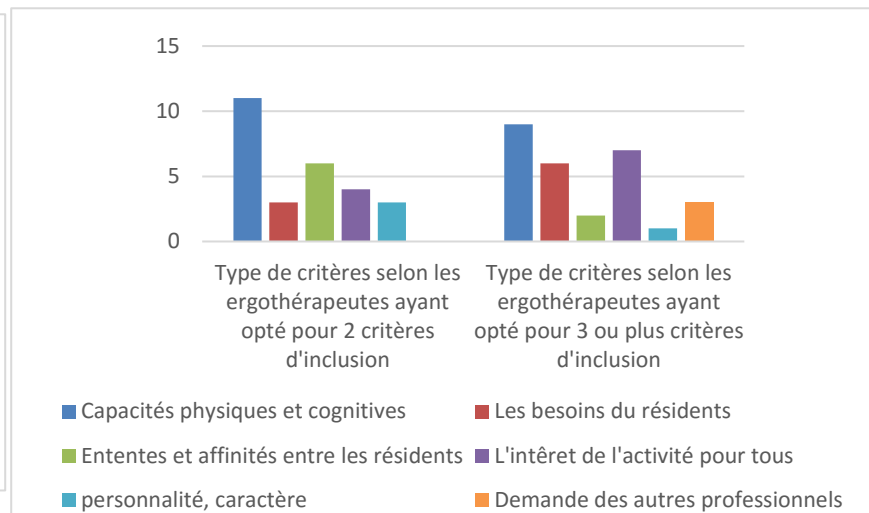


Figure 11: Types de critères choisis selon les ergothérapeutes optant pour 2 ou plus critères d'inclusion

Sur les 38 ergothérapeutes optant pour des critères d'inclusion, 13 se basent sur 1 seul critère d'évaluation. Les critères majoritairement cités par ces ergothérapeutes sont « les bilans », ensuite il y a les « transmissions et entretiens avec d'autres professionnels comme les neuropsychologues, psychologues... », suivis des capacités cognitives et physiques. Sur les 38 ergothérapeutes, 13 se basent sur 2 critères d'inclusion concernant les capacités cognitives et physiques majoritairement suivi des ententes et affinités entre les résidents, de l'intérêt de l'activité, des besoins et du caractère des résidents. 12 ergothérapeutes optent pour 3 et plus critères d'inclusion pour choisir les résidents du groupe selon, majoritairement, les capacités cognitives et physiques, suivi de l'intérêt de l'activité (signification) et des besoins du résident.

La majorité des ergothérapeutes se basent sur les capacités pour inclure les résidents dans leurs groupes.

3. Le contexte dans lequel évolue les ergothérapeutes en EHPAD

3.1. Temps de présence des ergothérapeutes dans l'EHPAD et choix de prises en charge

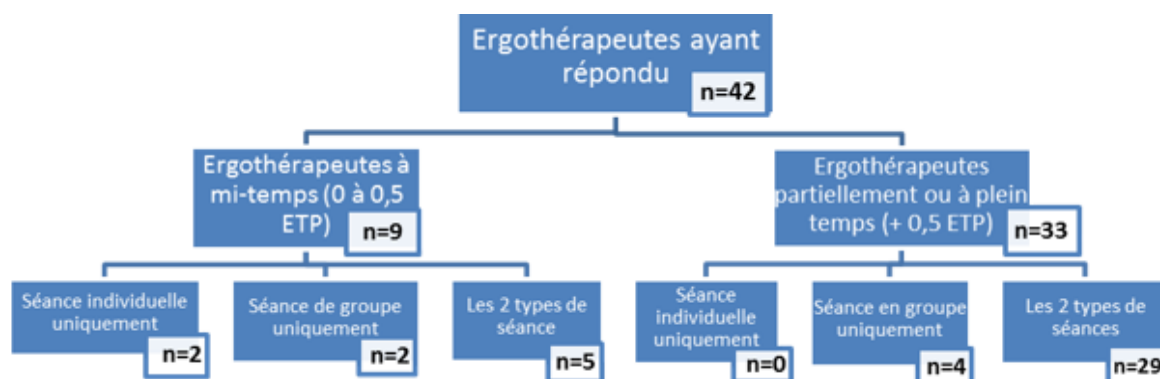


Figure 12: Type de séances en fonction du temps de présence des ergothérapeutes dans l'EHPAD

Sur les 42 ergothérapeutes ayant répondu, 9 sont en mi-temps. Parmi eux, environ 56% choisissent les 2 types de séances, 22% uniquement les séances de groupe et 22% uniquement les séances individuelles. Les « séances uniquement individuelles » ont été répondues que par les ergothérapeutes à mi temps et moins. La justification des 2 ergothérapeutes ayant répondu cela ont été : « manque de temps » et « le résident est plus accessible, moins distrait et moins influencé par les autres ». 33 ergothérapeutes partiellement ou à plein temps choisissent à 88% les 2 types de séances, et 12% que des séances en groupe. Aucun d'entre eux ne choisit « uniquement les séances individuelles ».

Selon le logiciel sphinx, il y a un lien statistiquement significatif (pour $p < 0,05$) entre le fait d'être à moins d'un mi-temps en EHPAD et avoir moins de chance de pouvoir faire les 2 types de séances. En revanche le fait d'être beaucoup plus présent en EHPAD à un lien statistique avec la possibilité de pouvoir faire plus facilement les 2 types de séances.

3.2. Pluridisciplinarité : résultats sur 40 ergothérapeutes

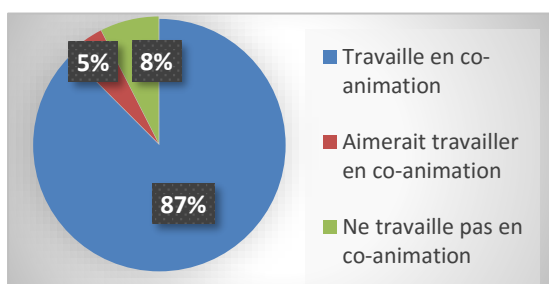


Figure 13: Les ergothérapeutes et la coanimation de groupe

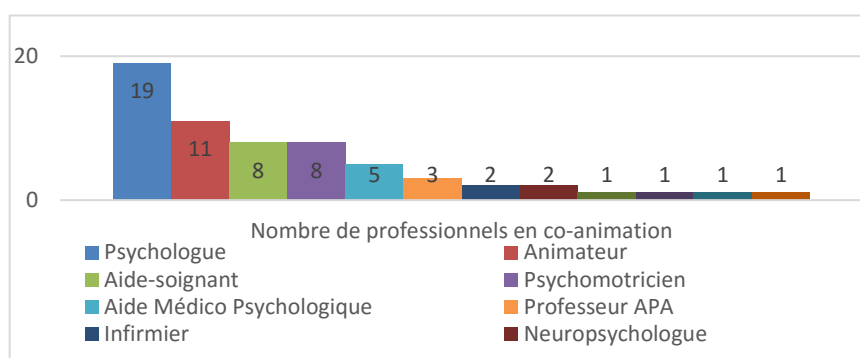


Figure 14: Types de professionnels en coanimation de groupe (avec l'ergothérapeute)

87% des ergothérapeutes travaillent en co-animation de groupe avec d'autres professionnels. Le professionnel le plus intégré aux groupes thérapeutiques est le psychologue suivi de l'animateur, des aides soignants, des psychomotriciens puis de l'aide médico-psychologique (AMP), des professeurs APA.

3.3. Le choix des critères selon les possibilités des ergothérapeutes

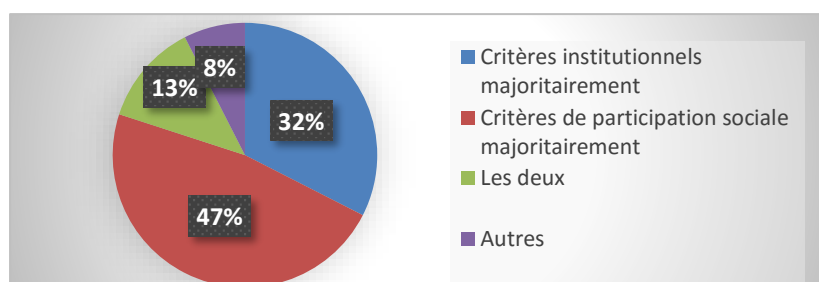


Figure 15: Choix de critères des ergothérapeutes pour la création de groupes thérapeutiques

La majorité des ergothérapeutes construisent leurs groupes thérapeutiques en fonction des critères de participation sociale le plus souvent (47%) mais 32% ne prennent en compte que les critères imposés par le contexte institutionnel. 13% construisent leurs groupes thérapeutiques en couplant les critères imposés par le contexte de la structure et ceux de la participation sociale du résident. La partie « Autres », est justifiée par : « en fonction des besoins, des capacités et des intérêts des résidents », « stimulation par émulsion groupale », « résultats des bilans et motivation des résidents ».

3.4. Enumération des obstacles pour construire les groupes (sur 40 réponses)

35 ergothérapeutes (87,5%) ont répondu favorablement du fait qu'ils étaient confrontés à des obstacles pour construire les groupes contre 5 ergothérapeutes (12,5%) ne rencontrant pas de problèmes particuliers. Les 35 ergothérapeutes, ayant répondu favorablement, ont énuméré les types d'obstacles rencontrés :

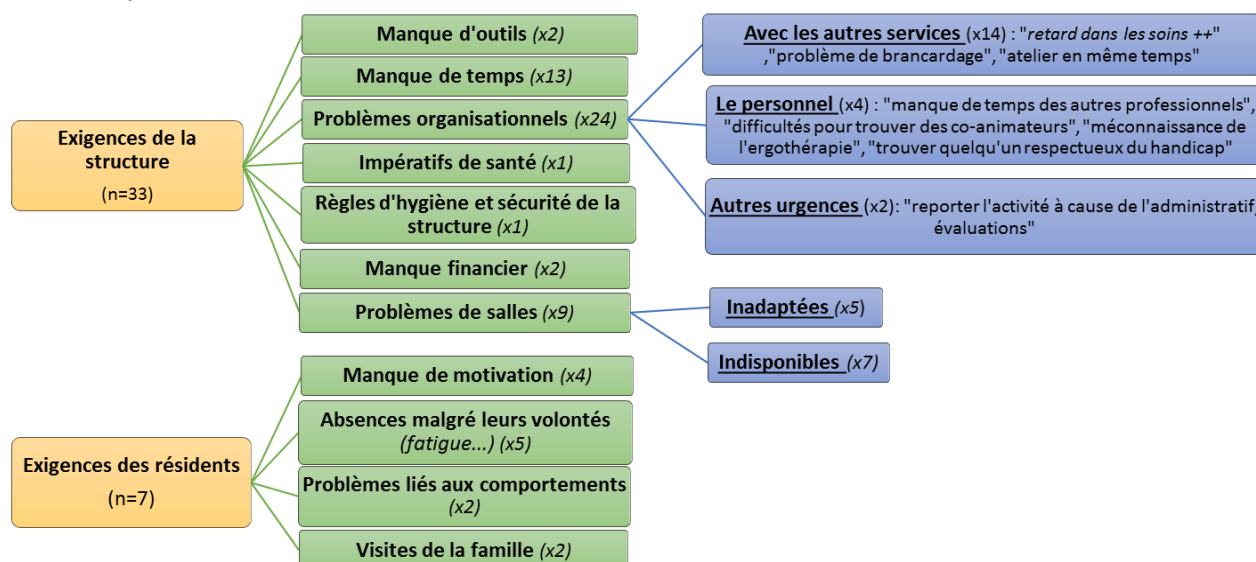


Figure 16: Les types d'obstacles rencontrés par les ergothérapeutes pour former les groupes thérapeutiques

Les principaux obstacles que rencontrent les ergothérapeutes pour mener à bien les groupes thérapeutiques sont les exigences de la structure à 82,5% contre 17,5% pour les exigences des résidents. Parmi les exigences de la structure le manque d'organisation (surtout avec les autres services dans le retard des soins) ainsi que le manque de temps sont les plus énumérés par les ergothérapeutes, suivis des problèmes de salles. Pour les exigences concernant les résidents, ce sont surtout le manque de motivation ainsi que les absences par la fatigue, maladie... qui incombent à la réalisation du groupe.

Discussion

Les résultats du questionnaire ont montré plusieurs éléments pouvant permettre de répondre à notre problématique. Nous allons donc analyser et interpréter ces résultats dans l'objectif de vérifier les hypothèses posées. La discussion sera amenée à suivre chacune des hypothèses dans l'ordre afin de pouvoir les vérifier une par une.

1. Evaluations de la participation sociale de la personne âgée pour construire et adapter les groupes thérapeutiques

Dans un premier temps, nous pouvons constater que la notion de participation sociale est globalement bien prise en compte par les ergothérapeutes. Ils sont arrivés à cerner que n'était pas seulement la prise en compte des interactions de la personne avec son environnement social (même si la majorité a évoqué cela) mais qu'elle englobe aussi une dimension individuelle. Ces dimensions reprennent les notions du modèle conceptuel de la PPH. De nombreuses réponses ont souligné le rôle ou la notion d'identité de la personne dans ses habitudes de vie. Ce sont des éléments importants pour pouvoir choisir le type d'activité, de séance par la suite. L'engagement de la personne au sein d'une activité est pris en compte ce qui est bénéfique pour l'investissement dans l'activité. Cela permet à l'ergothérapeute de partir sur de bonnes bases pour pouvoir construire ses objectifs de prises en charge et ainsi de pouvoir si il le faut, stimuler cette participation sociale avec intérêt. Le fait que certains ergothérapeutes soulignent aussi que le pouvoir de choisir, le fait de devenir acteur de son devenir au sein de la structure est primordiale. La participation sociale se manifeste, à l'origine, par la volonté de la personne, ses intérêts. Sans cela, la participation sociale serait difficile à stimuler. Il est nécessaire que tous les ergothérapeutes puissent avoir une définition claire de ce concept afin de pouvoir cerner les éléments importants à prendre en compte lors des évaluations et l'orientation de la prise en charge.

Concernant alors l'évaluation formative (comme le dit Sylvie Meyer(36)) de cette participation sociale pour les résidents de l'EHPAD ; la majorité des ergothérapeutes se basent sur les transmissions écrites ou orales des autres professionnels. Certains se basent juste sur cela. Il est important de prendre en compte le suivi et les observations des autres professionnels, car cela témoigne d'une pluridisciplinarité qui est nécessaire pour le suivi du résident en EHPAD. Cela permet aussi de pouvoir se référer à un point de vue différent du sien par un autre professionnel compétent et de compléter les observations et évaluations des ergothérapeutes. Cependant, il faut prendre en compte que ces interprétations ne sont pas celles des ergothérapeutes. Elles servent à compléter leurs données. Cependant, il semble important qu'ils puissent aussi utiliser leurs outils permettant d'évaluer au mieux cette participation sociale et d'avoir leurs propres interprétations en rapport avec leurs compétences. Nous pouvons souligner le faible taux de réponses concernant l'utilisation de bilans standardisés types MHAVIE, MCRO. Ce sont pourtant des bilans adressés aux ergothérapeutes pouvant évaluer plusieurs dimensions gravitant autour de la participation de la personne. Ils permettent aussi, comme le dit Pierre Castelein(39), de rendre plus pertinent les objectifs et choix de prises en soin. D'autres passent par des bilans non standardisés créés par leurs soins. Cette technique pourrait palier aux manques de bilans standardisés dans la structure probablement dûs à leurs coûts importants, ou encore pour adapter leurs bilans si des mesures viennent à manquer dans les bilans standardisés. D'autres s'appuient aussi sur le recueil de données constitué à l'entrée du résident (sur le projet de vie personnalisé) qui est la base de tous les professionnels.

Pour les évaluations sommatives (36) à la fin de chaque séance de groupe, permettant d'évaluer la qualité de leurs prises en charge, pratiquement la totalité des ergothérapeutes utilisent intranet pour tracer leurs observations et leurs interprétations. Pour 62% des ergothérapeutes ayant répondu n'utilisant qu'un seul mode de traçage de la séance, intranet constitue le seul mode de traçage. L'utilisation d'intranet uniquement peut faire penser que le thérapeute trace de manière à transmettre des informations. L'avantage de cet outil serait de pouvoir enregistrer ses observations et qu'elles soient sauvegarder dans le temps. En revanche nous pouvons nous interroger sur l'intérêt de ce type d'outils à long terme. Est-il souvent relu pour améliorer les séances d'après ? Pour les autres ergothérapeutes utilisant plusieurs modes d'évaluation du groupe, la majorité utilise intranet couplé à des grilles spécifiques à la participation du résident au sein du groupe. Les grilles d'observations semblent être de bons outils pour évaluer une séance et compléter les autres moyens d'évaluation. En effet, elles permettraient de pouvoir se référer à un écrit plus spécifique du résident pour améliorer les prochaines séances. Ce n'est plus pour seul but de transmettre aux autres professionnels mais c'est aussi de pouvoir se référer, en tant que professionnel, à des observations et interprétations établies durant la séance. Il semble alors plus pertinent de s'appuyer sur plusieurs types d'évaluations sommatives comme celles-ci pour que l'ergothérapeute puisse bénéficier d'un outil lui étant plus réservé. Ainsi il aura une base pour établir des objectifs d'amélioration de la dynamique du groupe et un autre plus succinct, dans un objectif de transmettre, au mieux, aux autres professionnels. L'utilisation de plusieurs outils semble très intéressante pour évaluer de manière plus pertinente mais peut paraître chronophage. Nous pouvons donc constater que d'un ergothérapeute à un autre, les évaluations diffèrent mais intranet reste l'outil le plus utilisé pour l'évaluation en fin de séance.

Tous les ergothérapeutes évaluent individuellement tous les résidents du groupe. Seulement 53% évaluent aussi bien les personnes composant le groupe que la dynamique de groupe en globalité. Il semble pourtant intéressant de pouvoir évaluer aussi bien le groupe que les personnes âgées prises individuellement. L'ergothérapeute pourrait chercher, si il y a une problématique au sein du groupe, la source de l'obstacle. Le problème peut aussi bien concerner le résident en lui-même dans un premier temps : l'évaluation du vécu, du comportement au sein du groupe du résident. Cependant si le problème ne concerne pas un résident en particulier, il semble aussi intéressant de chercher au niveau de la dynamique de groupe. Ceci permettrait de réfléchir à la constitution du groupe ainsi qu'à la construction de sa dynamique qui peut être source de problème. C'est aussi ce que souligne Marie Chantal Morel Bracq dans l'explication du modèle interactif(41).

Au regard des résultats, il est aussi encourageant que la grande majorité des ergothérapeutes modulent leurs groupes assez fréquemment (à chaque séance, ou hebdomadaire). Cela permet de souligner leur engagement dans la volonté de constituer un groupe de manière à le rendre plus optimal. Cependant 30% remodulent leurs groupes de manière plus espacée. La remise en question du groupe thérapeutique est donc limitée. Il semble important de pouvoir revoir le groupe assez fréquemment pour adapter les objectifs de chacun et pouvoir faire évoluer la dynamique afin qu'elle puisse tendre vers une participation sociale optimale des résidents.

Nous pouvons alors conclure pour cette première partie, en vue de vérifier la première hypothèse, que globalement les évaluations de la participation sociale sont assez diversifiées selon les ergothérapeutes. Nous pouvons comprendre que les transmissions entre professionnels restent les plus utilisées pour se baser sur la participation sociale du résident. Cependant elles ne semblent pas toujours suffisantes pour évaluer de manière pertinente la

participation sociale du résident. En effet, très peu utilisent leurs propres bilans ou ceux standardisés qui sont pourtant indiqués comme plus pertinents dans la littérature. Pour les évaluations sommatives de la séance en groupe, tous les ergothérapeutes s'appuient sur des traçages via Intranet. Néanmoins, tous n'utilisent pas, en complémentarité, des grilles spécifiques à l'évaluation de la participation sociale. Les traces écrites seraient plutôt utilisées comme outils de base et de transmissions d'informations aux autres thérapeutes pour la majorité des ergothérapeutes. Cependant elles ne seraient peut être pas forcément assez poussées, comme cela pourrait l'être avec des grilles spécifiques à la séance de groupe. Alors, les ergothérapeutes utilisant plusieurs types d'évaluations en couplant des outils permettant de transmettre l'information et d'évaluer la dynamique de groupe, semblent plus pertinentes.

2. Les différents critères de construction des groupes thérapeutiques dans l'objectif de stimuler la participation sociale du résident selon les ergothérapeutes

Nous pouvons constater que les groupes constituent un grand intérêt dans la pratique des ergothérapeutes. C'est un moyen de médiation largement utilisé (96% des ergothérapeutes utilisent la médiation groupale). De plus, les ergothérapeutes interrogés sont largement en accord pour souligner l'intérêt du groupe dans la stimulation de la participation sociale notamment pour « la pair-émulation », « la reconstruction de l'identité de la personne âgée ». Ceci est encourageant. En effet, si les ergothérapeutes choisissent des séances de groupe et qu'ils soient en accord pour affirmer que la participation sociale est plus stimulée qu'en individuel, alors nous pouvons penser que les ergothérapeutes s'attarderont d'avantage sur la façon de construire le groupe pour stimuler cette participation sociale. Ainsi cela permettra d'occuper un objectif central.

Concernant l'activité de groupe, la presque totalité des ergothérapeutes choisissent les activités selon les résidents. Ceci constitue une notion déjà importante pour se rapprocher au mieux de la participation sociale. C'est aussi ce qui est décrit par Marie Chantal Morel Bracq pour l'analyse de l'activité (52). De plus, nous pouvons constater que la majorité des ergothérapeutes choisissent l'activité selon la signification et l'intérêt qu'elle représente pour les résidents qui composeront le groupe. C'est une notion primordiale car l'objectif de l'ergothérapeute c'est aussi de stimuler l'engagement de la personne dans une activité occupationnelle qui permettra ensuite de valoriser la participation sociale du résident comme le dit Larivière (35). De plus, ils n'oublient pas de s'appuyer sur les capacités résiduelles du résident afin de ne pas les confronter à une situation d'échec. C'est aussi ce qui est préconisé par Marie Chantal Morel Bracq pour assurer une activité de manière optimale. Elle renforcera l'engagement et la participation du résident. Quelques uns ont souligné aussi choisir l'activité en fonction des objectifs thérapeutiques à travailler par exemple stimuler les capacités cognitives ou physiques et en fonction du besoin du résident énoncé dans le projet de vie personnalisé. Globalement, les choix de l'activité se reposent sur les mêmes indiqués par les auteurs de la littérature comme Marie Chantal Morel Bracq ou encore Larivière.

Au sujet du cadre dans lequel se déroule l'activité de groupe, la majorité des ergothérapeutes ont opté pour un cadre plutôt fermé. Ce dernier est centré vers des séances dont les modalités spatio-temporelles sont les mêmes majoritairement (même salle, même durée, même horaire, même jour). La constitution du groupe constitue aussi une caractéristique du cadre comme les petits groupes et les groupes fermés. Selon eux, la participation sociale serait plus encouragée avec ce type de cadre. Aussi, plusieurs autres

ergothérapeutes optent pour 2 types de cadres (alternance entre cadre plus ouvert et cadre fermé). Les ergothérapeutes utilisant un cadre plus fermé se basent sur des justifications solides en terme de participation sociale. De plus, elles se rapprochent de ce qui a pu être énoncé dans la littérature. Comme souligné par la psychomotricienne Catherine Potel (54), un cadre contenant, en terme de rigidité spatio-temporelle constitue des repères permettant aux résidents de se situer dans le groupe et de diminuer les exigences d'adaptation. Ceci demandent beaucoup d'efforts pour les personnes âgées, impactant ainsi leur participation sociale. Cependant, il pourrait aussi être nécessaire, à long terme, de faire évoluer ce cadre pour atteindre d'autres objectifs concernant la capacité d'adaptation sociale. En effet, le cadre fermé reste intéressant pour instaurer un climat de confiance au sein d'un groupe thérapeutique et faciliter au maximum la participation sociale si celle-ci est fragile. Cependant l'objectif à long terme est de pouvoir s'appropriier les bénéfices qu'apporte le groupe en terme de participation sociale pour que cela profite au sein de la structure dans le milieu quotidien. Or le milieu de la structure est un lieu plus grand, paraissant moins sécuritaire pour les résidents et pouvant donc freiner leur participation sociale. Il n'est donc pas inadapté de penser à une alternance entre un cadre plutôt ouvert pour certaines activités et un cadre fermé pour d'autres. Cela permettrait de continuer à rassurer le résident et stimuler au maximum sa participation sociale dans un cadre plus contenant et de temps à autre le confronter aux exigences sociales ainsi qu'à la diversité des résidents de la structure.

A propos des caractéristiques du groupe thérapeutique, la majorité des ergothérapeutes interrogés se basent sur des groupes de petites tailles ne dépassant pas les 10 résidents. Pratiquement tous sont satisfaits de ce nombre pour stimuler cette participation sociale. Certains alternent aussi les petits et grands groupes. En effet, créer des petits groupes serait vecteur d'assurance. Cela permettrait au résident de devoir s'adapter qu'à quelques personnes. De même, il serait aussi plus facile pour l'ergothérapeute de trouver des centres d'intérêts pour un public moins large. Comme souligné dans la littérature en psychologie sociale, un petit groupe a pour effet de facilement trouver un rôle au sein du groupe et de pouvoir plus facilement s'imposer. La personne âgée pourra plus facilement trouver en ce groupe une notion d'appartenance se rapprochant des groupes primaires (restreint, s'apparentant à la famille)(56). De plus, le fait de devoir s'adapter qu'à un petit nombre de pairs, le résident aurait tendance à accroître les interactions sociales au sein du groupe centré sur la même activité. Plus le groupe est petit et plus les participants tendraient à s'aider pour réaliser cette activité. Ces justifications se rapprochent de celles évoquées par les ergothérapeutes optant pour les petits groupes. Ceci rend la réflexion des ergothérapeutes pertinente. Pour ceux utilisant aussi les grands groupes, leurs modalités de choix restent sur des activités plus physiques qui demandent moins de concentration de la part du résident. Néanmoins pour la stimulation cognitive, ils restent globalement d'accord sur le fait d'utiliser des petits groupes. La diversité du nombre constituerait une richesse pour ces ergothérapeutes car ils peuvent diversifier les prises en charge et en fonction des comportements de chacun, adapter ce qui reste le plus avantageux en terme de participation occupationnelle et sociale selon les résidents.

Concernant le choix dans l'homogénéité des groupes, nous pouvons voir que la quasi-totalité des ergothérapeutes utilisent de un à trois et plus critères d'inclusion pour choisir les résidents qui constitueront les groupes. Pour tous ceux utilisant des critères d'inclusion, les capacités des résidents ressortent le plus. Tous les ergothérapeutes s'appuient sur le niveau des capacités de chaque participant pour que le niveau d'exigence de l'activité soit la même pour tous. En revanche pour ceux n'utilisant qu'un seul type de critère d'inclusion plusieurs

disent se référer à des bilans initiaux pour choisir les résidents du groupe. Cependant nous ne pouvons savoir sur quoi ils se basent réellement. Peut-être se basent-ils que sur les capacités ? mais peut-être que ces bilans se portent également sur les habitudes de vie et l'intérêt de l'activité ? Certains ont spécifié le type de bilans comme le MMS, Tinetti (plutôt basés sur des capacités cognitives et motrices), d'autres sur des bilans de professionnels comme la neuropsychologue. Nous ne pouvons alors affirmer le type de critères sur lesquels ils s'appuient pour constituer le groupe. Néanmoins nous pouvons supposer qu'ils utilisent quand même un critère d'inclusion. En effet, ils passent par un moyen pour intégrer les résidents. Pour ceux utilisant plus de 1 critère d'inclusion, les résidents sont choisis selon l'intérêt de tous pour l'activité choisie, selon leurs besoins pour intégrer le groupe ainsi que leurs affinités avec le reste des participants. Globalement les ergothérapeutes tendent vers une homogénéité des groupes même si cela ne constitue pas forcément une homogénéité parfaite car quelques caractéristiques sont prises en compte. Néanmoins, les critères d'inclusion énoncés par les ergothérapeutes sont assez pertinents car ils essayent de ne pas regrouper des résidents qui pourraient être hétérogènes en terme de capacités. Ceci constitue un réel avantage pour stimuler l'entre-aide et le non jugement entre eux. Ainsi l'ergothérapeute veille à ne pas plonger les résidents vers une situation d'échec et de baisse de confiance, où ils pourraient se comparer à d'autres plus « capables » de réaliser l'activité. De plus, le fait de s'appuyer sur une activité qui signifie quelque chose pour tous, rend l'activité occupationnelle et « sensée » pour eux. Ainsi cela développe un intérêt commun sur lequel chacun peut partager et s'engager. Les ergothérapeutes partagent donc les mêmes justifications que celles évoquées dans la littérature par Sylvia Corbella, lorsque celle-ci souligne le fait que l'homogénéité renforce les mouvements de cohésion, « d'effet miroir », de partage et d'augmentation de la dimension collective (57).

En ce qui concerne le choix d'ouverture du groupe thérapeutique, les ergothérapeutes choisissent d'avantage les groupes fermés. D'autres utilisent uniquement des groupes ouverts ou semi-ouverts. Ceux optant pour le groupe fermé définissent leur choix comme Velia Bianchi Ranci psychothérapeute (58). En effet, constituer ce type de groupe permet d'instaurer une relation de confiance ainsi que le maintien de repères. Il aura aussi tendance à développer un environnement plus sécurisant permettant de créer des habitudes. De plus, certains ergothérapeutes ont aussi souligné le fait de pouvoir mieux évaluer le résident dans l'évolution de ses capacités à participer à l'activité avec les autres. Le fait d'être dans le même environnement permettra aux thérapeutes de plus vite comprendre et cibler ce qui peut poser obstacle (l'activité ? les autres résidents ? La capacité d'adaptation du résident ?). Cependant, d'autres ergothérapeutes choisissent aussi le groupe ouvert pour « faire profiter le plus de résidents possible de l'EHPAD » ou encore « palier aux départs et absences répétées ». La participation sociale des résidents du groupe n'apparaît pas ici comme évidente. Nous pouvons penser que le groupe est ouvert dans l'objectif de faire profiter tout le monde ou pour « combler » lorsqu'il manque une personne. Or qu'en est-il de l'intérêt apporté par l'activité ? convient-elle forcément à tous les résidents ? L'activité rentre-t-elle alors dans un objectif de participation sociale ou bien a-t-elle pour vocation d'occuper le résident ? En revanche pour ceux utilisant des justifications comme « pouvoir intégrer la famille », « intégrer selon les envies, les motivations, volontariat », « garantir une dynamique », l'objectif de la participation sociale paraît plus évident car plus les justifications sont centrées sur l'intérêt pour le groupe en terme de changement ainsi que sur les besoins et envies du résident. Le fait de pouvoir utiliser le groupe ouvert apparaît aussi dans la psychologie sociale. Velia Bianchi Ranci ne réfute pas le fait d'utiliser les groupes ouverts. Au contraire elle évoque le fait que les groupes

fermés sont les plus utilisés mais que d'ouvrir certains groupes permettraient de stimuler l'adaptation à d'autres personnes se rapprochant ainsi des dimensions sociales de la structure. Il serait donc intéressant de pouvoir utiliser les deux modes d'ouverture de groupe en optant dans un premier temps pour un groupe fermé durant quelques temps. Cela permettrait que les résidents puissent trouver leurs marques et ainsi développer leurs rôles sociaux. Ensuite lorsque qu'il est possible de faire évoluer les objectifs de participation sociale, ouvrir le groupe petit à petit en utilisant le groupe semi-ouvert puis le groupe ouvert par la suite pour s'approcher d'avantage des conditions de la structure. Seulement 12,5% des ergothérapeutes utilisent les deux modes. Cela se rapproche des justifications pour les caractéristiques du cadre thérapeutique, évoquées précédemment.

Nous pouvons alors conclure pour cette deuxième partie en vue de vérifier la deuxième hypothèse que globalement la majorité des ergothérapeutes interrogés se basent sur des justifications assez pertinentes en terme de valorisation de participation sociale pour construire leurs groupes. Néanmoins certains n'utilisent pas forcément tous les critères jugés pertinents par la littérature. Cependant, leurs justifications paraissent assez justes pour certains choix de critères, ce qui rend le travail intéressant car il pousse à s'interroger sur l'intérêt de certains choix et leurs objectifs.

3. Le contexte

Au regard des résultats récoltés des ergothérapeutes interrogés, des éléments du contexte dans lequel ils travaillent reviennent assez souvent. Plusieurs ergothérapeutes ont souligné avoir des difficultés à créer leurs groupes thérapeutiques comme ils le voudraient car ils doivent faire face aux exigences structurelles. Le plus souvent c'est le manque d'organisation avec les équipes notamment dans le retard des toilettes et la préparation des résidents le matin. Aussi il est difficile de trouver des professionnels disponibles car ils manquent aussi de temps. Certains ont aussi évoqué le manque de connaissance des champs de compétences de l'ergothérapie des autres professionnels. Ceci ne favorise pas le travail pluridisciplinaire. La plupart des ergothérapeutes évoquant aussi les exigences structurelles soulignent le fait de ne pas disposer de beaucoup de temps ainsi que de moyens pour effectuer correctement leurs groupes thérapeutiques. Les exigences structurelles sont de véritables obstacles dans la conception des groupes notamment lorsque le cadre doit être fermé comme évoqué précédemment. En effet, certains évoquent le fait de ne pas trouver la salle adéquate et adaptée car souvent indisponibles. Cela peut jouer sur l'efficacité de la prise en charge en terme de participation sociale.

L'impact de la structure est d'autant plus marqué quand il leur est demandé leurs critères de base entre ceux de la participation sociale ou ceux de la structure. La plupart des ergothérapeutes arrive à rester focalisé sur les critères de participation sociale le plus souvent mais 32% ne prennent en compte que les critères imposés par le contexte institutionnel. Ces résultats sont tout de même encourageants dans le sens où le plus grand nombre d'ergothérapeutes gardent en tête l'objectif de la participation sociale, malgré la pression de la structure. Mais nous ne pouvons négliger la part importante d'ergothérapeutes prenant uniquement en compte les critères imposés par la structure, pouvant fortement impacter leurs propres jugements et conceptions du groupe. 13% des ergothérapeutes essayent de respecter leurs propres critères de participation sociale pour créer leurs groupes thérapeutiques. Ils essayent aussi de s'adapter aux exigences de la structure qui semblent impossible de s'affranchir. En plus de ces obstacles, les ergothérapeutes doivent aussi faire face aux exigences des résidents notamment lorsqu'ils sont absents, malades ou qu'ils n'ont pas envie

de venir. Pour certains, ce sont les seules exigences soulignées. Les ergothérapeutes doivent donc parfois s'adapter aussi bien à la structure qu'aux facteurs intrinsèques comme les exigences des résidents.

Leurs groupes thérapeutiques sont donc impactés par ces différentes contraintes. Cela peut expliquer que les évaluations ne sont peut être pas forcément toutes pertinentes ou axées sur la participation sociale car elles peuvent être chronophage. Les ergothérapeutes peuvent aussi manquer de moyens ou de financement pour s'octroyer des bilans spécifiques. Le contexte peut aussi expliquer le choix de critères concernant le groupe thérapeutique lorsque qu'il est demandé leurs façons de construire le cadre, l'ouverture des groupes, la taille des groupes. Ils pourraient alors être « obligés » d'intégrer un certain nombre de résident, ou encore palier au manque de salle ou d'organisation pour faire perdurer le groupe dans le temps. Le manque de temps a été un élément assez cité par les ergothérapeutes. En effet, à la vue du résultat sur le temps passé en EHPAD par l'ergothérapeute, nous avons pu mettre en évidence que plus l'ergothérapeute passe du temps dans la structure et plus celui-ci peut se permettre de pouvoir faire les deux types de médiation (individuelles et collectives). Ceux passant moins de temps dans la structure ont moins de possibilités de pouvoir faire les deux. Globalement les séances en groupe sont quand même les plus privilégiées. Nous pouvons le constater car ceux disposant de plus de temps dans la structure, n'utilisent pas de séances individuelles uniquement. Ils préfèrent coupler les deux types de médiation ou prendre uniquement les médiations de types groupales.

Néanmoins, la structure n'est pas toujours synonyme de contrainte. En effet, nous pouvons constater que le travail pluridisciplinaire est grandement utilisé, ou voudrait être utilisé (environ 92%) par les ergothérapeutes faisant des groupes thérapeutiques. Plus il y a de professionnels impliqués au sein de la structure et plus les ergothérapeutes opteront pour un travail en co-animation. Ce travail constitue un vrai plus pour le dynamisme du groupe et l'apport de nouveaux points de vue par un autre professionnel compétent. Cette collaboration est même recommandée dans la psychologie sociale pour stimuler le dynamisme social du groupe (48). Selon les réponses recueillies concernant les types de professionnels intégrés en co-animation, le psychologue semble constitué un bon binôme avec l'ergothérapeute. Il est souvent inclu en co-animation dans les groupes. Les animateurs, les psychomotriciens ainsi que les aides soignantes sont souvent intégrés également. Cela prouve que la diversité de professionnels au sein d'une structure est une réelle force pour les ergothérapeutes. Elle permet de parfois faire naître un groupe et apporter une valeur ajoutée. Cela permet également de valoriser le travail en pluridisciplinarité nécessaire pour stimuler au mieux la personne âgée.

A la lecture de cette dernière partie, il est possible de valider la troisième hypothèse. En effet celle-ci était « la construction des groupes thérapeutiques dépend souvent du contexte dans lequel évoluent les ergothérapeutes ». Nous pouvons donc dire que le contexte impacte généralement les ergothérapeutes dans le choix des évaluations, des critères de groupe et dans sa construction. Cependant la pluridisciplinarité ainsi que la diversité des professionnels dans la structure représentent un point fort dans la conception des groupes et dans la dynamique de celui-ci.

4. Les limites de l'étude

Le premier biais de l'étude est le choix des questions. En effet, choisir des questions majoritairement ouvertes constitue un réel travail d'analyse des réponses qui peut devenir difficile pour une personne non expérimentée dans celle-ci. Cela ouvre forcément sur de la

subjectivité et de l'interprétation quand il faut regrouper les réponses dans des catégories. Nous ne pouvons pas savoir si cela répondait totalement à ce que les ergothérapeutes voulaient nous transmettre. Parfois des réponses étaient très brèves sans pour autant être justifiées. La difficulté résidait alors dans le fait de devoir les classer sans trop de subjectivité. Il était primordiale de ne pas laisser de réponse sans analyse.

Le deuxième biais est le manque de certaines questions. Le ressenti des ergothérapeutes manquait concernant la présence d'autres ergothérapeutes au sein de la structure pour pouvoir faire la corrélation ou non avec le contexte. De plus, des questions sur la participation sociale manquent notamment sur le fait de savoir si cette notion constitue une modalité de prise en charge pour les ergothérapeutes ou non. De plus, sur certaines questions ouvertes, certaines réponses attendues se retrouvaient dans les questions suivantes surtout pour la question du cadre, et des critères de constitution de groupe. Pendant l'analyse, il fallait parfois retourner aux questions précédentes pour trouver la réponse. Cela vient du fait que les questions posées étaient assez larges de manière à éviter toutes orientations de réponses.

Le troisième biais est le manque de réponses concernant les ergothérapeutes. Le problème ne se trouvait pas dans l'implication des ergothérapeutes pour ce travail ; le problème résultait qu'à la vue du nombre de questions ouvertes, il était impossible de pouvoir se permettre d'avoir plus de réponses que cela. L'analyse était compliquée pour 40 réponses, en avoir plus auraient rendu le travail plus difficile à analyser. Or, plus de réponse concernant les ergothérapeutes ne pratiquant pas de groupe auraient été très intéressantes. Sur cette étude seulement 2 ont répondu ne pas faire de groupe, ce qui est très peu. Nous aurions eu plus de valeurs ajoutées à ce mémoire. Nous aurions pu également nous rendre compte des difficultés rencontrées par les ergothérapeutes pour construire les groupes.

L'interprétation des résultats ne permet pas de les rendre tous significatifs et généralisables, car la population d'ergothérapeutes ayant répondu est trop faible pour pouvoir tirer de grandes conclusions concernant ce travail. Cependant, nous pouvons observer quand même certaines tendances qui sont plus ou moins marquées selon les questions et qui ont pu nous permettre de vérifier les hypothèses.

5. Perspectives

Cette étude a permis de montrer les différents critères et évaluations sur lesquels se reposent les ergothérapeutes pour stimuler la participation sociale. La plupart des ergothérapeutes ont souligné l'intérêt des groupes thérapeutiques pour stimuler cette participation. Il serait alors intéressant de pouvoir poursuivre la recherche des bénéfices dans la participation sociale du groupe thérapeutique à long terme, par exemple dans la vie quotidienne. En effet, ce choix constitue une bonne médiation pour stimuler cette participation sociale et permettre aux résidents de retrouver un rôle, un engagement, une vie sociale, qui se manifestent dans un premier temps au sein du groupe ; mais qu'en est-il ensuite ? Le groupe thérapeutique permet-il de maintenir ou encore faire évoluer cette participation sociale dans les activités de tous les jours ? Le fait de pouvoir le constituer avec de bonnes évaluations, de bons critères justifiés tendent à stimuler cette participation sociale. Néanmoins est-ce que cela est durable par la suite ? Que faudrait-il changer ou améliorer pour arriver à stimuler encore plus cette participation sociale au sein du groupe ?

Conclusion

Globalement, ce travail a montré que les ergothérapeutes interrogés ont une vision très claire de la participation sociale. Cela constitue la base pour orienter en fonction des objectifs vers une prise en charge optimale. Les groupes constituent un réel intérêt pour stimuler cette participation sociale. C'est un moyen de médiation pouvant répondre encore d'avantage à cet objectif. Les évaluations sur lesquelles se reposent les ergothérapeutes sont assez diversifiées mais globalement, ce n'est pas la majorité qui se reposent sur des évaluations pertinentes comme les bilans standardisés ou encore des évaluations sommatives conçues spécifiquement pour cela. Néanmoins la plupart réadapte leurs groupes de manière fréquente. Un réel effort de bien faire est donc démontré.

Pour ce qui est de la construction du groupe, les ergothérapeutes tendent à se rapprocher de critères jugés optimaux par la psychologie sociale. Même si il persiste des variations dans certains choix, ceux-ci restent néanmoins basés sur des justifications pertinentes qui poussent à s'interroger. En effet, la psychologie sociale affirme des critères qui pourraient permettre de stimuler au mieux la participation sociale mais ce n'est pas pour autant qu'elle doit être prise forcément comme référence absolue. Tous les individus ont des particularités uniques, et même si l'ergothérapeute se base sur de bons critères pour anticiper au maximum les inconvénients du groupe et avoir la plus grande volonté de diriger le groupe vers une participation sociale optimale, il se pourrait toujours qu'il y ait des obstacles. Il serait peut-être donc utopique de penser qu'une intervention sur mesure, pertinente, efficace adaptée à tous les résidents existe. Peut-être que l'imprévu et les incertitudes font partie intégrante de la médiation groupale ? La perspective que nous pouvons avoir c'est de se questionner sur l'efficacité à long terme de ces groupes concernant la participation sociale dans la vie quotidienne.

Par ailleurs, les résultats de la recherche ont montré la présence d'impact de l'institution constituant un effet sur la construction des groupes thérapeutiques et du choix des évaluations. Les contraintes de temps et d'organisation sont en majorité énumérés. Cependant, la présence et la diversité de professionnels dans l'établissement sont plutôt des adjuvants pour l'élaboration de groupes thérapeutiques notamment dans la coanimation.

Le fait d'avoir pu établir des recherches, et construire le cadre théorique nous a permis de faire évoluer nos connaissances quant au sujet de ce mémoire. Nous pouvons alors soulever le fait que le groupe thérapeutique est un moyen de médiation pouvant facilement stimuler cette participation sociale en utilisant au maximum ce qui était à notre disposition pour favoriser au mieux celle-ci, comme les bilans, les critères de construction de groupe thérapeutique. Ainsi, nous avons pu constituer un travail de réflexion autour des différentes réponses des ergothérapeutes interrogés. Ceci a beaucoup apporté pour approfondir notre vision des choses concernant la participation sociale des personnes âgées. C'est aussi toujours très intéressant de pouvoir comparer ce qui est jugé optimal par les études et ce qui est réellement fait en pratique. En effet de nombreux facteurs rentrent en jeu comme notamment le contexte, qui constitue une obligation d'adaptation pour l'ergothérapeute. Ce sont des notions qui doivent être prises en compte et qui ne sont peut être pas forcément renseignées dans les revues en psychologie sociale.

Références bibliographiques

1. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
2. Bellamy, V. et Beaumel, C. « Bilan démographique 2017. » Insee Première. 2018.
3. actualité en santé publique n°21. Vieillesse et âge Âge et représentation de la vieillesse. 1997.
4. Vieillesse et santé [Internet]. World Health Organization. [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Caradec V. Vieillir au grand âge. Rech Soins Infirm. 2008;(94):28-41.
6. Meyer S. De l'activité à la participation. Paris: De Boeck : Solal; 2013.
7. OMS | Faits marquants sur le vieillissement [Internet]. WHO. [cité 7 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
8. Caire J-M, Morestin F, Chabaille A. Accompagner la transition épidémiologique. Gerontol Soc. 26 oct 2012;35 / n° 142(3):41-55.
9. Gucher C. L'institutionnalisation comme élément de mobilité résidentielle et processus de disqualification sociale. Le cas des personnes âgées. 2005;p 13.
10. Les EHPAD | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>
11. études et résultats de l'hébergement des personnes âgées en 2015, rapport de la DRESS, publié en juillet 2017 [Internet]. [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
12. Donnio I. L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Gerontol Soc. 2005;28 / n° 112(1):73-92.
13. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. avr 1993;2(2):153-9.
14. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad 2011 [Internet]. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_06_qdv3_cs4_web_2018-03-16_12-32-35_302.pdf
15. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002-2 janv 2, 2002.
16. Projet personnalisé, extrait des recommandations de bonnes pratiques sur l'accompagnement des personnes atteintes d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social", ANESM 2009. :1.

17. Recommandations « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », ANESM 2008 [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf
18. Ministère de la santé. Les métiers du grand âge -brochure,. mars 2006;13.
19. Fiche 1 afeg EHPAD.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: http://afeg.asso.fr/index_htm_files/Fiche%201%20afeg%20EHPAD.pdf
20. Villamé A. Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2019;19(109):30-8.
21. Raymond É, Université Laval, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Québec), Direction régionale de la santé publique, et al. La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé: réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire [Internet]. Québec, Qué.: Institut national de santé publique du Québec; 2008 [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/216238>
22. Dubois B, Thiébaud Samson S, Trouvé É, Tosser M, Poriel G, Tortora L, et al. Guide du diagnostic en ergothérapie. 2017.
23. handicap R international sur le P de production du. Concepts-clés [Internet]. RIPPH. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>
24. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.
25. Tremblay M. Droits, santé et participation démocratique. Nouv Prat Soc. 2004;17(1):41.
26. Ninacs WA. Empowerment et intervention: développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2016.
27. Abraham Maslow. Vers une psychologie de l'être, Fayard, Paris, 266p. 1989.
28. Motivation - La pyramide des besoins selon Maslow - Management [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article6>
29. Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. Arch Gerontol Geriatr. janv 2004;38(1):85-99.
30. Claude Wagner. Profession ergothérapeute. Paris, France : L'Harmattan. 2005.
31. ergOTHérapie, R.Bottokro , mars 2006 [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/bao-rehab-0803/File/OTHHistory.pdf>
32. Lievin JC. Le processus d'intervention en ergothérapie: Relation entre facteurs contextuels environnementaux et personnels. Ergothérapies, 56, 43-50. 2015. (Ergothérapie n°56).
33. Law M. Participation in the Occupations of Everyday Life. Am J Occup Ther. 1 nov 2002;56(6):640-9.

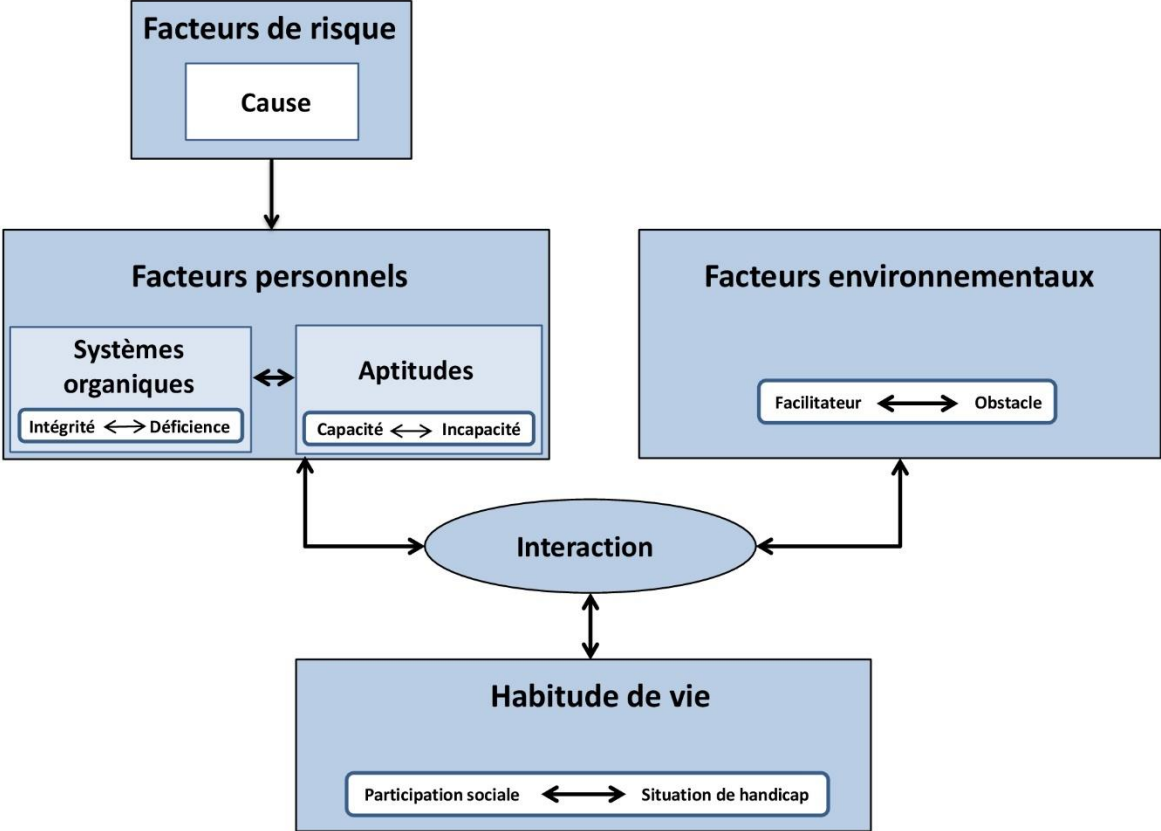
34. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework : domain and process, 2nd edition. American Occupational Therapy Association. 2008;625-83.
35. Larivière N. Analyse du concept de la participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. Canadian Journal of Occupational Therapy 75(2):114-127. 2008.
36. Sylvie MEYER, Le processus de l'ergothérapie, p18 [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: https://www.eesp.ch/fileadmin/user_upload/publications/media_07_Le_processus_de_l_ergotherapie.pdf
37. Dossier du patient en ergothérapie, ANAES / Service des recommandations et références professionnelles, mai 2001 [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ergoth_rap.pdf
38. Margot-Cattin, P. Les principes d'une démarche d'évaluation et les définitions. 2008.
39. ARTICLE_CASTELEIN_PARTICIPATION_ver2.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: http://www.gravir.be/IMG/pdf/ARTICLE_CASTELEIN_PARTICIPATION_ver2.pdf
40. Castelein P. L'activité humaine un potentiel pour la santé? In 2015. p. 223.
41. Marie-Chantal Morel-Bracq. Les modèles conceptuels en ergothérapie. 2017.
42. Georges Herbert Mead. MEAD, Mind Self & Society [Internet]. Charles W.Morris; 1934. Disponible sur: URL : <http://journals.openedition.org/ejpap/1407>
43. Quelin D, Privat P. Penser le groupe. Enfances Psy. 2002;no19(3):8-21.
44. S.R Slavson. Psychothérapie analytique de groupe - Enfants, adolescents, adultes. 1953;
45. SE Harfouche : groupes à médiation. 2011;5.
46. Moreno JL. Psychothérapie de groupe et psychodrame. Paris : PUF,; 468 p. 1965.
47. Antonio PP, Toldrá RC. A estratégia grupal na reabilitação de pessoas com acidente vascular cerebral: Reflexões sobre a prática da Terapia Ocupacional/Group strategy in the rehabilitation of people with stroke: Reflections about the occupational therapy practice. Cad Bras Ter Ocupacional [Internet]. 30 mars 2015 [cité 12 janv 2019];23(1). Disponible sur: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/746>
48. Privat P, Quelin D, Rouchy J-C. Psychothérapie psychanalytique de groupe. Rev Psychothérapie Psychanal Groupe. 2001;(37):11-30.
49. Kurt Lewin. Dynamic Theory of Personality. McGraw Hill Book Company Inc; 1935. (universallibrary).
50. Leclerc C, Bourassa B. Du groupe focalisé à la recherche collaborative : avantages, défis et stratégies. 2011;24.
51. Lecourt É, Rouchy J-C. Introduction à l'analyse de groupe: rencontre psychanalytique de l'individuel et du social. ERES; 2012.

52. Morel M-C. ANALYSE D'ACTIVITE ET PROBLEMATISATION EN ERGOTHERAPIE. 2006;78.
53. Jean Bernard Chapelier. Les psychothérapies de groupe chez l'enfant et l'adolescent : les tentations éducatives. 1985.
54. Potel C. Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir. Toulouse: Érès; 2010.
55. Joseph Mornet. Psychothérapie de groupe et psychose, livre « vie sociale et traitement ». 2007.
56. LECOURT E. Introduction à l'analyse de groupe. Eres; 2012. 295 p.
57. Corbella S. Le petit groupe thérapeutique : entre individu et société. Rev Psychother Psychanal Groupe. 19 déc 2013;n° 61(2):119-36.
58. Ranci VB. Groupe ouvert ou groupe fermé ? [Internet]. ERES; 2007 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.unilim.fr/quels-groupes-therapeutiques-pour-qui--9782749207582-page-99.htm>
59. Andrew Maho - Analyser les réponses aux questions ouvertes : une mine d'or à exploiter - ENSAI [Internet]. 2014 [cité 28 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.formetris.com/analyses/analyser-les-reponses-aux-questions-ouvertes-une-mine-dor-exploiter/>

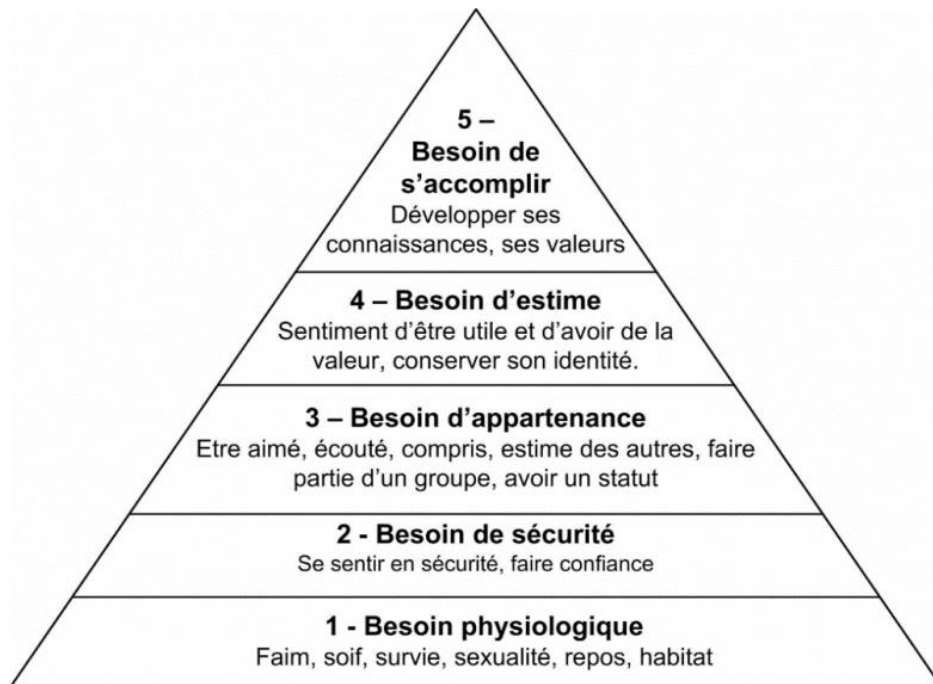
Annexes

Annexe I. Modèle conceptuel du Processus de Production du Handicap (PPH)	46
Annexe II. Pyramide de Maslow de Abraham Maslow.....	47
Annexe III. Les thèmes abordés par les ergothérapeutes concernant les intérêts du groupe thérapeutique.....	48
Annexe IV. Questionnaire vierge envoyé aux ergothérapeutes en EHPAD en 4 parties ...	49

Annexe I. Modèle conceptuel du Processus de Production du Handicap (PPH)



Annexe II. Pyramide de Maslow de Abraham Maslow



Annexe III. Les thèmes abordés par les ergothérapeutes concernant les intérêts du groupe thérapeutique

Les objectifs thérapeutiques abordés	Thèmes abordés par les ergothérapeutes	Mots clés fréquemment répétés
Objectifs de participation sociale n=40	L'inclusion sociale + relations interpersonnelles (x29)	<i>« Rompre l'isolement », « inclure socialement », « socialiser », « préserver une vie sociale »</i>
	La pair-émulation (x22)	<i>« Lien social », « sociabilisation », interactions », « communication », « discussion », « rencontre »</i>
	Le travail de (re)construction de l'identité (x6)	<i>« S'encouragent les uns et les autres », « aide à relativiser », « reconnaissance entre pairs », « faire comme le voisin », « stimulation entre eux », « transfert de connaissance », « échanges »</i>
	Le dynamisme groupal (x7)	<i>« Travail sur l'acceptation des autres », « amélioration de la confiance en soi », « amélioration de l'estime de soi », « la compréhension et l'acceptation des autres », « travail sur le regard de l'autre », « instaurer un rôle dans le groupe »</i>
Objectifs de rééducation pour l'ergothérapeute n=5	Stimulation des capacités (x4)	<i>« Dynamique de groupe », « apport d'un dynamisme plus important », « dynamisme »</i>
	Intérêt pour évaluer (x2)	<i>« Stimuler des capacités non utilisées en individuelle », « transfert des compétences », « aspect de rééducation en plus », « apport de bénéfice sur la pathologie et dans le quotidien »</i>
		<i>« Chaque résident à ses atouts », « évaluer les interactions entre les résidents »</i>

Tableau 2: Tableau des thèmes abordés par les ergothérapeutes concernant l'intérêt des groupes thérapeutiques

A propos du contexte:

Dans quelle ville exercez-vous?

En quelle année avez-vous eu votre diplôme en ergothérapie ?

- Avant 2000
 - Entre 2000 et 2010
 - Entre 2010 et 2015
 - Après 2015
-

Avez-vous suivi d'autre(s) formation(s) en complémentarité avec l'ergothérapie? Si oui lesquelles?

Quel est votre temps d'activité dans l'EHPAD?

- de 0 à 0,5 ETP
 - de 0,5 à 0,8 ETP
 - de 0,8 à 1 ETP
 - + de 1ETP
-

Y a-t-il d'autres ergothérapeutes au sein de l'EHPAD ? si oui, quels sont leurs équivalents à temps plein?

Combien de résidents prenez-vous en soin dans votre file active (individuel et groupe) au sein de l'EHPAD?

- Entre 1 et 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 15
- Entre 15 et 20
- Plus de 20

En général :

Pour vous, que vous évoque le terme « participation sociale »? (quelques mots clés)

Quel type de séances proposez-vous pour favoriser ou maintenir la participation sociale du résident ?

- Uniquement des séances individuelles
- Uniquement des séances en groupe
- Les deux

Pourquoi faites-vous uniquement des séances individuelles?

Selon vous, quel est le principal intérêt des activités de groupe par rapport à une séance individuelle en ergothérapie ?

Sur quoi vous basez-vous pour évaluer la participation sociale des résidents afin d'établir les groupes ?

- Sur des transmissions orales des autres professionnels (STAFFS, informelles)
- Sur des transmissions écrites des autres professionnels
- Sur des bilans standardisés (type MCRO, MHAVIE...)
- Sur le recueil de données à l'entrée en structure
- Sur des bilans non standardisés ou créés
- Autres:

Construisez-vous les groupes thérapeutiques le plus souvent par des critères pour stimuler la participation sociale du résident ou en fonction du contexte institutionnel ?

- Critères de participation sociale
- Contexte institutionnel
- Autres

Coanimez-vous des groupes en interprofessionnel ? Si oui, avec quel(s) autre(s) professionnel(s) ?

Concernant les critères de groupes :

Pour la suite du questionnaire, choisissez l'activité de groupe que vous pratiquez et qui, pour vous, est plus en rapport pour favoriser la participation sociale. Pour faciliter la lecture des réponses, veuillez répondre à la suite des questions ouvertes sous forme de tirets et mots clés (de manière succincte).

Afin de stimuler la participation sociale du résident, sur quoi vous basez-vous pour choisir l'activité du groupe ?
Pourquoi ?

Pour stimuler la participation sociale de la personne âgée, que privilégiez-vous comme cadre pour pratiquer l'activité de groupe ?
Pourquoi ?

Comment choisissez-vous les résidents qui composeront le groupe ?
Pourquoi ?

Est-ce toujours les mêmes résidents et accompagnants qui constituent le groupe ?
Pourquoi ?

Quelle est la taille de votre groupe thérapeutique ? (limite 7 personnes entre petit et grand groupe)
Avez-vous déterminé la taille du groupe en fonction de vos choix thérapeutique ? Est-ce satisfaisant pour favoriser la participation sociale ?

Rencontrez-vous des obstacles pour construire les groupes ? Si oui, lesquels ?
(Ex: Organisationnel, temps, exigences de la structure)

L'évaluation des séances de groupe :

Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour faire le suivi de vos observations sur la participation sociale à la fin de la séance de groupe?

- Traces écrites sur des grilles, tableaux conçus spécialement pour cela
 - Observations sans forcément le formaliser par écrit
 - Logiciel de transmission via l'informatique (intranet)
 - Trace dans le dossier patient papier
 - Autres...
-

Vous évaluez et notez vos observations concernant :

- Tout le groupe
 - Individuellement (patient par patient)
-

Utilisez-vous ces observations et évaluations pour réadapter vos futures séances et votre groupe ?

- oui
 - non
-

Si oui, à quelle fréquence réadaptez-vous les séances de groupe ?

- Chaque séance
 - Hebdomadaire
 - Mensuel
 - Trimestriel
 - Annuel
-

Avez-vous pu constater des progrès de participation sociale en dehors des groupes (vie au sein de l'EHPAD, des habitudes de vie...)?

- Oui
 - Non
 - Pas forcément
 - Autre:
-

Avez-vous des propositions qui pourraient faire évoluer la participation sociale du résident en EHPAD au sein des groupes thérapeutiques?

Etat des lieux des évaluations et critères sur lesquels se basent les ergothérapeutes pour former les groupes thérapeutiques en EHPAD dans une démarche de participation sociale

Introduction : Les personnes âgées en EHPAD sont souvent confrontées à une perte de participation sociale. Tous les professionnels de la structure se doivent de la maintenir ou de la stimuler. Les ergothérapeutes peuvent choisir plusieurs évaluations pertinentes pour évaluer cette dimension et utiliser la médiation groupale pour la stimuler. En théorie, plusieurs critères de construction de groupe ont été soulignés comme favorables par la psychologie sociale pour stimuler les interactions et la place de l'individu au sein du groupe vecteur de participation sociale.

Objectif : Cette étude consiste à faire un état des lieux de la pratique des ergothérapeutes concernant les conceptions du groupe et les évaluations utilisées dans le but de stimuler cette participation sociale. Cette pratique sera comparée à celles jugées comme favorables dans la littérature.

Méthode : Un questionnaire a été envoyé aux ergothérapeutes exerçant en EHPAD pratiquant ou non les groupes thérapeutiques.

Résultats : 42 ergothérapeutes ont répondu : 40 pratiquent les groupes thérapeutiques, seulement 2 n'en pratiquent pas. La majorité des ergothérapeutes utilisent les groupes thérapeutiques dans lesquels ils trouvent un réel intérêt pour stimuler la participation sociale.

Conclusion : Les ergothérapeutes se basent sur des évaluations diverses mais celles-ci ne sont pas toujours pertinentes pour évaluer la participation sociale. Les critères de construction du groupe utilisés par les ergothérapeutes se rapprochent de ceux évoqués par la littérature. De plus, le contexte de la structure a des effets positifs et négatifs sur la pratique de l'ergothérapeute pour évaluer et construire le groupe.

Mots-clés : Vieillesse, EHPAD, participation sociale, ergothérapie, évaluations, groupe thérapeutique, critères de groupe, dimension sociale, contexte

Inventory of assessment and criteria on which occupational therapists base their training of therapeutic groups in nursing home for a social participation approach

Introduction: Elderly people in nursing home are often face to a decrease in social participation. All professionals in the structure must maintain or stimulate it. Occupational therapists can use appropriate assessments to assess this dimension and use mediation group to stimulate it. In theory, several groups construction criteria were considered as favourable by social psychology to stimulate interactions and the place of individual within the group as a vectors for social participation.

Objective: This study consists in an inventory of the practice of occupational therapists regarding the group's conceptions and assessment used to stimulate this social participation. This practice will be compared to those found as favourable in the literature.

Method: A questionnaire was sent to occupational therapists working in nursing homes, practicing whether or not therapeutic groups.

Results: 42 occupational therapists answered: 40 practice therapeutic groups, only 2 do not. The majority of occupational therapists use therapeutic groups in which they find a real interest to stimulate social participation.

Conclusion: Occupational therapists rely on a variety of assessments, but these are not always relevant to assessing social participation. The group construction criteria used by occupational therapists are similar to those used in the literature. In addition to this, the context of the structure could have a negative and positive effects on the occupational therapist's practice in evaluating and building the group.

Keywords : Ageing, nursing home, social participation, occupational therapy, assessments, therapeutic group, group criterias, social dimension, context

