



HAL
open science

Le travail d'équipe en CAMSP, clef de l'engagement des parents et des enfants dans le suivi en ergothérapie

Anaïs Giraudier

► To cite this version:

Anaïs Giraudier. Le travail d'équipe en CAMSP, clef de l'engagement des parents et des enfants dans le suivi en ergothérapie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269148

HAL Id: dumas-02269148

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269148>

Submitted on 22 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Aix Marseille Université
Faculté des sciences médicales et paramédicales
Ecole des sciences de la réadaptation Formation Ergothérapie



Faculté
de Médecine
Aix Marseille Université



Anais GIRAUDIER

UE 5.6 S6 :

Mémoire d'initiation à la recherche

16 mai 2019

**Le travail d'équipe en CAMSP, clef de l'engagement des parents et des enfants
dans le suivi en ergothérapie ?**

Sous la direction Mme Hellé Marie-Christine et de Mr Pavé Julien

Diplôme d'Etat d'ergothérapie

Remerciements :

Dans un premier temps, je tiens à remercier ma référente professionnelle, Mme Marie-Christine Hellé, pour son accompagnement tout au long de ce travail et les savoirs expérientiels qu'elle a partagés avec moi. Je tiens également à remercier Mr Julien Pavé, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité et pour ses conseils qui m'ont poussé à me dépasser mais également pour m'avoir fait découvrir le travail de recherche.

Je remercie tous les ergothérapeutes qui ont contribué à la constitution de ce mémoire en répondant aux différentes enquêtes.

Je remercie mes tuteurs et tutrices de stages de première, deuxième et troisième année qui m'ont permis d'élaborer et de faire évoluer ma posture professionnelle. Mes différents stages ont également contribué à faire émerger la problématique de ce mémoire et plus tard à la faire évoluer.

Je remercie l'ensemble des membres de l'équipe de l'institut de formation qui m'ont accompagné lors de ces trois années et qui n'ont de cesse d'améliorer les enseignements dispensés aux étudiants.

Je remercie mes camarades de promotion grâce à qui ces trois années resteront inoubliables. Je tiens notamment à remercier les membres de mon groupe de travail dont le dynamisme et la bienveillance m'ont permis de faire évoluer cette recherche et pour la richesse des échanges que nous avons eus.

Enfin je souhaitais adresser des remerciements à ma famille et à mon compagnon pour le soutien et l'aide qu'ils m'apportent quotidiennement. Je les remercie également pour leurs investissements, chacun à leur manière, dans ce mémoire qui n'aurait pas été le même sans eux.

SOMMAIRE :

<u>1. Introduction</u>	1
1.1. Le contexte.....	1
1.2. Thème général	2
1.3. Les enjeux.....	6
1.4. La revue de littérature	7
1.4.1. L’approche centrée sur la famille	8
1.4.2. Les facteurs influençant la relation famille-thérapeute	9
1.4.3. Les besoins des familles vis-à-vis de la prise en charge de leurs enfants	10
1.4.4. Le statut particulier du père et de la mère	11
1.4.5. Problématique pratique.....	11
1.5. L’enquête exploratoire.....	12
1.5.1. Construction de l’enquête exploratoire	12
1.5.2. Les biais.....	13
1.5.3. Rédaction de l’outil de recueil de données	14
1.5.4. Test du dispositif de de recueil de données	14
1.5.5. Transmission de l’outil de recueil de données.....	15
1.5.6. Le choix des outils d’analyse de données.....	15
1.5.7. Résultats de l’enquête exploratoire	15
1.5.8. Analyse des résultats de l’enquête exploratoire	21
1.5.9. Analyse critique de l’enquête exploratoire	23
1.6. La question initiale de recherche	24
1.7. Le cadre de référence.....	24
1.7.1. L’approche systémique.....	25

1.7.2. L'engagement du patient et de sa famille.....	27
1.7.3 La démarche collaborative entre professionnels	30
1.8. Problématisation théorique	32
1.9. La question et l'objet de recherche.....	33
<u>2. Matériels et Méthode</u>	34
2.1. Objectifs de la recherche	34
2.2. Choix de la méthode	34
2.3. Identification des variables	35
2.4. Formulation et opérationnalisation des hypothèses de la recherche.....	35
2.5. Choix de la population.....	38
2.6. Construction de l'outil de recherche.....	39
2.6.1. Choix de L'ORD	39
2.6.2. Anticipation des biais et stratégies d'atténuation	40
2.6.3. Méthode d'échantillonnage	41
2.6.4. Construction de la matrice de questionnaire.....	41
2.6.5. Choix des outils de traitements des données	42
2.6.6. Test du dispositif de recherche	43
<u>3. Résultats</u>	43
3.1. Analyse descriptive des résultats	43
3.2. Présentation des résultats issus d'une analyse inférentielle.....	46
3.2.1. Résultats de l'hypothèse H1.....	47
3.2.2. Résultats pour l'hypothèse H2.....	48
3.2.3. Résultats pour l'hypothèse H3.....	49
3.2.4. Résultats pour l'hypothèse H4.....	49
3.2.5 Résultats pour l'hypothèse H5.....	50

<u>4. Discussion</u>	50
4.1. Interprétation des résultats	50
4.2. Discussion des résultats et critiques du dispositif de recherche	52
4.3. Apports, intérêts et limites de la recherche.....	55
4.4 Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle	57
4.5. Perspectives de recherches	58
<u>Bibliographie</u>	60
<u>Annexes</u>	65

SOMMAIRE DES FIGURES ET TABLEAUX :

<u>Figure 1</u> : Nuage de mots de la question 1 de l'enquête exploratoire.....	16
<u>Figure 2</u> : Nuage de mots de la question 4 de l'enquête exploratoire.....	17
<u>Figure 3</u> : Nuage de mots de la question 7 de l'enquête exploratoire.....	19
<u>Figure 4</u> : Nuage de points représentant le classement des ergothérapeutes pour H1	47
<u>Tableau 1</u> : Opérationnalisation des hypothèses secondaires de la recherche.....	37
<u>Tableau 2</u> : Répartition des ergothérapeutes par rapport à leur date d'obtention de diplôme...	45

1. Introduction :

Cette première partie aura pour but d'exposer le sujet général du mémoire et d'établir un état des lieux de la théorie et de la pratique sur ce sujet.

1.1. Le contexte

Je souhaite travailler dans le domaine de la santé depuis mon enfance. Je n'avais pourtant pas trouvé de métier regroupant ce que je souhaitais retrouver avant de découvrir le métier d'ergothérapeute. Dès que j'ai acquis la certitude que c'était le métier que je voulais exercer j'ai décidé de travailler le concours d'entrée aux instituts de formation en ergothérapie. J'ai ainsi pu intégrer la formation au diplôme d'état d'ergothérapeute de Marseille en septembre après l'obtention de mon baccalauréat filière scientifique.

Cette année j'ai choisi de réaliser ce mémoire d'initiation à la recherche avec comme thème : l'intégration des parents dans la prise en charge de leurs enfants en ergothérapie. Au cours de l'ensemble de mes stages j'ai abordé cette thématique sous différents angles du fait de l'âge et de la diversité des pathologies des personnes rencontrées.

Lors de ma deuxième année de préparation du diplôme d'ergothérapeute, j'ai effectué mon stage de semestre trois en Maison d'accueil spécialisé. Les patients pris en charge en ergothérapie étaient pour la majorité résidents. Ainsi lors des évaluations de l'environnement des patients de la MAS nous n'entendions parler que très rarement de leurs familles. C'est seulement après trois semaines de stage que j'ai rencontré les parents d'un des résidents au détour d'un couloir. Je me suis alors rendu compte de la place particulière qu'occupaient les parents de personnes ayant été prises en charge par des institutions toute leur vie.

Pour le stage du semestre quatre j'ai pu découvrir le travail d'un ergothérapeute dans un Centre d'action Médico-Social Précoce (CAMSP). Les enfants que reçoivent cette structure ont entre 0 et 6 ans. Le second jour de mon stage j'ai pu participer à une réunion organisée par le CAMSP dans le cadre de la loi de 2002. Elle avait pour but de permettre aux parents d'exprimer leurs ressentis face à l'accueil de leurs enfants au CAMSP. Cette réunion a réuni onze professionnels de santé et dix parents dont huit mères et deux pères sur l'ensemble des 80 enfants pris en charge par le CAMSP à ce moment-là. Je fus étonnée du taux très bas de présence. Il avait été décidé par la directrice de placer cette réunion à un horaire favorisant la venue des parents. De plus j'ai appris par la suite que le taux de présence des parents avait été le plus important depuis le début

de ces réunions annuelles il y a quatre ans. Lors de ce stage au CAMSP et lors de mon stage du semestre cinq dans un service de soins de suite et de réadaptation pédiatrique j'ai souvent eu l'occasion de discuter avec les parents des enfants que je voyais en ergothérapie. Ils emmenaient leurs enfants en séance et les deux ergothérapeutes dont j'ai pu observer la pratique, échangeaient régulièrement avec les parents. En effet, en ergothérapie il est particulièrement important de s'intéresser à l'environnement de l'enfant qu'il soit matériel ou humain puisque les modèles reprennent la triade Personne/Activité/Environnement. Les parents de ces enfants ont donc une place importante mais ils ont tous un rapport différent vis-à-vis de la prise en charge et une manière différente de s'inscrire dans le parcours de soins de leurs enfants.

Ces observations issues de stages m'ont poussée à me demander quelle était la place des parents dans le parcours de soins de leurs enfants et quel était l'impact de l'intégration des parents sur la pratique de l'ergothérapeute.

L'ensemble du questionnement issu de ces situations sont les suivantes :

- L'implication des parents influe-t-elle sur la qualité du suivi de leurs enfants en ergothérapie ?
- Quelles sont les modalités d'implications des parents dans le parcours de soin de leurs enfants ?
- Pourquoi le niveau d'implication des parents dans le suivi de leur enfant varie ?
- Quelles sont les méthodes utilisées par les ergothérapeutes pour favoriser l'intégration des parents dans le suivi en ergothérapie de leur enfant ?
- Comment sont-elles intégrées dans la pratique de l'ergothérapeute au quotidien ?
- Quels sont les facteurs impactant l'implication des parents d'enfants suivi en ergothérapie ?
- Quelles sont les attentes des parents vis-à-vis du suivi de leurs enfants en ergothérapie ?

Les recherches pour ce mémoire se concentreront sur le thème de l'implication des parents dans le suivi en ergothérapie de leurs enfants. Nous nous intéresserons ainsi aux interventions mis en place par l'ergothérapeute auprès des parents tout en tenant compte de l'enfant. Ce mémoire pourra me permettre d'interroger le positionnement de l'ergothérapeute face aux parents des enfants en situation de handicap que je pourrais moi-même être amenée à prendre en charge dans le cadre de ma future pratique.

1.2. Thème général

Le thème « implication des parents dans le suivi de leurs enfants en ergothérapie » s'inscrit dans les champs disciplinaires des sciences sociales, des sciences médicales et des sciences occupationnelles. Nous nous attèlerons à définir les notions nécessaires à la compréhension du sujet dans le cadre de champs disciplinaires énoncé précédemment.

- La pratique de l'ergothérapeute en pédiatrie :

L'ANFE¹ [1] nous indique que les ergothérapeutes exerçant dans le domaine de la pédiatrie, en 2017, représentent 18% de la pratique. En comparaison 22% exerce dans le domaine de la rééducation et de réadaptation de l'adulte en établissement. Nous n'avons pas pu obtenir de chiffre plus récent, le recensement de la pratique des ergothérapeutes n'étant pas réalisé chaque année.

Dans le cadre de ce mémoire nous nous concentrerons sur la pratique de l'ergothérapie auprès d'enfants ayant une pathologie congénitale ou un trouble développemental qui entraîne une situation de handicap. Nous excluons les causes traumatiques car les enjeux du suivi peuvent être différents. Les ergothérapeutes qui interviennent auprès d'enfants en situation de handicap peuvent exercer au sein d'une structure sanitaire (centre hospitalier, établissement de rééducation fonctionnelle, centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour, pouponnière à caractère sanitaire ou maison d'enfants à caractère sanitaire) ou d'une structure médico-social (Centre d'action Médico-Social Précoce, Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile, Service de Soins à Domicile, Institut d'Education Motrice, Classe pour l'inclusion scolaire, Institut Médico Educatif, Etablissement et service pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés, Service d'Education spéciale et de soins à domicile, Centre médico-psycho-pédagogique) [2]. Les ergothérapeutes peuvent également travailler en libéral. L'exercice libéral est en augmentation : il représentait 10,8 % des ergothérapeutes en 2017 [3].

L'ergothérapie est définie par la fédération mondiale des ergothérapeutes, WFOT², comme suit [4] : « En ergothérapie, les occupations se réfèrent aux activités quotidiennes que les personnes font en tant qu'individus, en famille ou dans leur communauté pour occuper leur temps et donner un sens à leurs vies. ». L'ergothérapeute, en pédiatrie notamment, est ainsi confronté à la prise en compte de l'entourage des patients pour réaliser leurs suivis.

¹ Association Nationale Française des ergothérapeutes

² World Federation of Occupational Therapist

Il est important d'avoir une vision précise de l'intervention des ergothérapeutes auprès d'enfants en situation de handicap car ces enfants sont souvent suivis par différents professionnels. La coopération entre ces acteurs est primordiale.

L'ergothérapeute vise l'autonomie et l'indépendance de l'enfant dans son environnement. L'environnement humain et matériel impacte le développement de l'enfant, il est donc primordial d'en tenir compte dans l'intervention en ergothérapie. De plus les interactions de l'enfant avec son environnement peuvent être perturbées. Les ergothérapeutes sont alors amenés à se rendre sur les lieux de vie de l'enfant pour des préconisations d'aménagements, la mise en place de stratégies et des conseils auprès de l'entourage de l'enfant [2, 5].

L'ergothérapeute a également un rôle d'accompagnement auprès du patient et de son entourage comme énoncé au numéro quatre du référentiel d'activités en ergothérapie (Cf. Annexe1 p66) : « Conseil, éducation, prévention et expertise vis-à-vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions » [5]. Les parents sont dans une phase particulière où ils découvrent leur enfant et son handicap. Ils ont souvent du mal à trouver le rôle à occuper auprès d'eux. Le rôle d'aidant ne doit pas effacer celui de parent. L'ergothérapeute, pour accompagner au mieux l'enfant et ses parents, doit tenir compte de l'impact de la situation de handicap de l'enfant sur la famille [6].

Pour comprendre l'approche des ergothérapeutes par rapport aux parents, il convient de définir ce que sont les parents et plus largement la famille qu'ils forment avec leur enfant.

- La notion de famille :

Pour mieux comprendre le thème, nous définirons ce que nous considérons comme étant une famille.

La notion de famille est énoncée dans l'approche centrée sur la famille [7] qui est préconisée dans la pratique de l'ergothérapie en pédiatrie. Cette approche permet d'aborder la situation de handicap d'un enfant en intégrant son environnement familial au processus d'intervention. Elle est mise en œuvre par les professionnels de soins, notamment les ergothérapeutes.

Les principes de l'approche centrée sur la famille servent de base à son application dans la pratique et nous permettrons de définir la notion de famille. Les huit catégories regroupant les principes établis par des chercheurs de l'université de Cambridge Dunst, Trivette et Deal [7] sont :

- La famille est un ensemble dont chaque membre est unique.

- La famille et l'environnement social de l'enfant est un soutien de son développement.
- Le stress des membres de la famille de l'enfant impacte sur celui-ci, tout comme les stratégies d'adaptation qu'ils mettent en œuvre pour diminuer ces effets.
- C'est la famille qui choisit le degré de participation dans la prise en charge de l'enfant.
- Les responsables légaux de l'enfants ont un pouvoir de décision sur ses soins médicaux.
- Le respect est une notion omniprésente dans la relation entre le thérapeute et chaque membre de la famille.
- Chacun des membres de la famille est libre d'exprimer des besoins qui seront pris en compte.
- Les membres de la famille sont incités à participer et ils sont accompagnés dans cette démarche.

Ces principes soulignent le rôle primordial de la famille dans la vie de l'enfant. Dans ce cas, on considère que chaque famille est unique. Elle est experte en ce qui concerne la vie de l'enfant. On suppose aussi qu'elle souhaite le meilleur pour lui. En effet, le thérapeute ne passe que très peu de temps dans la vie de l'enfant. Les informations transmises par les parents sont donc essentielles à la compréhension de sa situation [2].

D'après Carter et McGoldrick [7] la famille est un système dynamique composé de personnes partageant la même histoire et le même futur. Elle influence le parcours de chaque membre. Comprendre les occupations de la famille nous permet alors de mieux cerner la situation de l'enfant que nous prenons en charge. De plus, s'intéresser à la construction d'une famille nous permet de comprendre les relations entre les membres, leurs rôles, leurs statuts ainsi que leurs expériences de vie et leurs ressentis vis-à-vis d'elles.

Les habitudes ont aussi une place importante dans la vie de la famille. L'ethnie, la culture, les croyances, les normes, les valeurs de la famille influencent ses habitudes et la façon de les réaliser. Les rituels, au-delà des habitudes, donnent un sens à la famille en dehors de la vie quotidienne car ils permettent de donner un sens aux activités quotidiennes des membres et d'établir des relations entre eux. Ce sont des moments simples mais particuliers comme un repas en famille. Le risque en se concentrant sur ce que le patient fait, est de ne pas reconnaître l'importance du sens de l'activité pour celui-ci et sa famille [2, 7].

Le recueil de ces informations intimes nécessite l'implication de la famille dans la prise en charge. Pour cela, l'ergothérapeute, l'enfant et sa famille doivent établir une relation de confiance tout au long de la prise en charge.

1.3. Les enjeux

Cette partie va nous permettre d'explicitier l'intérêt pour la pratique en ergothérapie de ce sujet et de confirmer qu'il est socialement vif.

Le nombre d'enfants nécessitant une prise en charge en ergothérapie augmente du fait de l'amélioration des diagnostics et de leurs précocités. Les progrès de la médecine ont aussi permis d'augmenter la survie des enfants prématurés et notamment chez les grands prématurés [8]. L'une des actions de l'ergothérapeute auprès de ces enfants sera prévenir et limiter les lésions secondaires dues à d'éventuels troubles du développement pouvant entraîner des situations de handicap dans sa vie future. Or la régularité du suivi des enfants dépendra de l'implication des parents et de la compréhension qu'ils auront de l'intérêt de la prise en charge pour leurs enfants. De plus la pose d'un diagnostic chez un enfant marque une rupture dans le quotidien des parents et peut entraîner des réactions diverses de leur part. Les parents se retrouvent immergés dans un monde médical dont ils ne maîtrisent pas les codes. Chaque professionnel qu'ils rencontrent sera alors confronté à l'angoisse, aux doutes, et à leurs questions légitimes. L'ergothérapeute de part sa formation est un acteur privilégié pour leur fournir un soutien dans leur quotidien avec l'enfant et pour les aider à retrouver un équilibre de vie [2].

Dans le cas d'enfants pouvant être scolarisés, l'ergothérapeute peut mener des actions de réadaptation, rééducation ou d'adaptation dans le cadre d'une scolarisation. La loi du 11 février 2005 a permis un meilleur accès à la scolarisation en milieu ordinaire [9]. Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire [10] réaffirme la nécessité d'une intervention en ergothérapie pour les accompagner et permettre l'intégration de l'ensemble des enfants. L'accès à la scolarisation est primordial pour que ces enfants puissent être acteur du monde de demain. L'ergothérapeute ne peut travailler ce point sans les parents qui gèrent le quotidien de leur enfant et qui font le lien avec l'équipe scolaire.

Enfin une prise en charge précoce des enfants est très importante pour qu'ils puissent atteindre un niveau de développement optimal et favoriser leurs intégrations dans la société [11]. Une prise en charge précoce nécessite l'implication des parents dans le suivi. Elle permet une

meilleure adhésion du patient à son projet de soin, la mise en place de stratégies d'adaptation efficaces et à terme la diminution des situations de handicap rencontrées par ces futurs adultes. Dans ce but, la transmission d'informations à l'enfant et à ses parents est indispensable quel que soit son niveau de développement [6]. Au début du suivi l'enfant, accompagné de ces parents, se montre plus rassuré en séance et plus conciliant. De meilleures conditions lors du suivi laisse envisager une meilleure évolution [2]. L'intérêt social est donc important dans ce cas.

L'enjeu économique est double. En effet la prise en charge précoce et un suivi régulier des séances permet une meilleure évolution du pronostic et réduit à l'âge adulte les besoins d'accompagnement [2]. Elle permettrait ainsi à ces enfants d'accéder à une profession et donc d'être acteur du système économique de la société.

Le thème de ce mémoire portant sur l'implication des parents dans le suivi de leurs enfants en ergothérapie a pour but de dresser un état des lieux de la pratique en ergothérapie et d'ouvrir un axe de réflexion sur la prise en charge holistique des enfants en ergothérapie. Il s'agira également de souligner l'importance de l'intervention de l'ergothérapeute auprès des parents des enfants qu'ils prennent en charge car il semblerait qu'une intégration adéquate des parents permette de proposer d'améliorer la qualité des suivis pour l'enfant.

1.4. La revue de littérature

L'objectif des recherches effectuées pour réaliser la revue de littérature est de faire un état des lieux des connaissances et savoirs autour de l'implication des parents dans la prise en charge en ergothérapie de leurs enfants.

Les recherches pour réaliser cette revue de littérature se sont concentrées sur les bases de données correspondant aux champs disciplinaires de mon thème : les sciences médicales pour EMpremier, Pubmed, SAGE journals, Karger et Science direct et les sciences sociales pour Cairn et SAGE journals. Nous n'avons pas recensé de bases de données spécifiques aux sciences de l'occupation. Nos recherches dans le domaine des sciences de l'occupation s'effectueront dans les bases précédemment citées.

La troncature du mot ergothérapie en tant que mots-clés permet d'obtenir plus de résultats [12]. Les mots parents, famille, collaboration complètent notre liste de mots-clés. Les traductions anglaises de ces mots ont été utilisées pour les bases de données anglophone : Occupational

therap*, Parents, family and collaboration. J'ai choisi de les lier avec l'opérateur Booléens ET ou AND et OU ou OR car ils nous ont permis de cibler les articles qui nous intéressaient grâce à l'adjonction de critères d'inclusion. L'équation de recherche finale dont les résultats sont présentés en annexe (Cf annexe 2 p67) est donc : ergothérapie* et collaboration et famille ou parents.

Les critères d'inclusion sont les suivants : les articles ont été publiés entre 2000 et 2018 car le système de soins a énormément évolué par rapport aux dernières décennies. Les articles traitent de parents ayant des enfants âgés de zéro à dix-huit ans en situation de handicap. La pathologie des enfants entraînant la situation de handicap doit être congénitale ou être relative à un trouble développemental. Les articles sont destinés à des professionnels de santé. Enfin les articles doivent être disponibles en intégralité et gratuitement.

Les critères d'exclusion sont définis comme suit : les articles traitent d'adultes sous tutelles parentales ou traitent d'enfants présentant des pathologies acquises tardivement dans l'enfance. Seul le résumé est accessible gratuitement.

Grâce à la méthodologie décrite ci-dessous 6 articles ont été sélectionnés (Cf annexe : 3 p68). Ils s'intéressent à l'expérience des parents ayant des enfants pris en charge en ergothérapie. Ils mettent tous en exergue la nécessité de mettre en place des actions pour soutenir les parents.

1.4.1. L'approche centrée sur la famille

L'ensemble des articles francophones et anglophones de la revue de littérature [13-19] font état de la nécessité d'améliorer la collaboration entre les soignants et les familles des enfants pris en soins. Cinq d'entre eux [13, 14, 15, 17, 18] démontrent l'intérêt de tendre vers l'utilisation, en pratique, d'une approche centrée sur la famille. L'approche centrée sur la famille améliorerait l'intégration des parents dans la prise en charge de leurs enfants et permettrait une amélioration de la prise en charge de l'enfant. L'approche centrée sur la famille, recommandée en pédiatrie, est une notion qui donne une vision de ce que devrait être le système de soins : une collaboration entre l'équipe soignante, les enfants et leurs familles permettant la prise de décisions partagées qui respectent les besoins et les attentes des patients et de leurs familles.

1.4.2 Les facteurs influençant la relation famille-thérapeute

En pratique il a été observé [13] que l'application de l'approche centrée sur la famille ne semble pas garantir la collaboration entre les parents et le thérapeute. En effet, il est également nécessaire d'établir une communication entre le thérapeute et les parents pour discuter ensemble du rôle de chacun afin de ne pas leur imposer. Ces rôles pourront être redéfinis au cours du suivi. Les différents facteurs pouvant influencer la relation famille-thérapeutes ont été synthétisés par des chercheurs néerlandais [14]. Connaître ces facteurs pourrait permettre aux professionnels d'accéder à une meilleure collaboration avec les parents. Ces facteurs sont les suivants :

- Le contexte culturel
- Le contexte communautaire
- Le contexte familial
- La collaboration avec la famille
- Le respect et la confiance entre la famille et le thérapeute
- Une bonne communication
- Du temps pour développer la relation de collaboration
- Le soutien de la famille par le thérapeute
- Application de l'intervention au domicile
- La relation thérapeute-enfant
- Le contenu et la forme de l'intervention
- La coordination des soins
- La continuité des soins
- Du temps dédié à l'enfant et ses parents
- La circulation des informations sur la prise en charge
- Une évaluation de l'impact de l'intervention sur la santé et le bien-être de l'enfant, les parents, leurs satisfactions avec les soins, un meilleur accès au soin.

Ces différents facteurs sont dynamiques car chaque famille est unique et que les modalités d'élaboration de la collaboration différeront.

Les professionnels de santé ont également souligné aux chercheurs [13] la nécessité d'évoluer vers une meilleure coordination entre les différents acteurs du système de santé. Ce dernier

s'avère être un véritable labyrinthe pour les parents. Ils souhaitent également obtenir plus de moyens et des services plus accessibles aux familles.

1.4.3. Les besoins des familles vis-à-vis de la prise en charge de leurs enfants

De plus une étude de Dell'armi M et al. [15] nous alerte sur le fait que les besoins d'une famille avec un enfant en situation de handicap sont particuliers. Il est important de connaître ces besoins car si certains parents se conforment aux soins prescrits, d'autres ne le font pas. Ainsi, aux Etats-Unis une étude [16] a mis en relief le fait que sur les vingt-neuf enfants nécessitant une consultation en ergothérapie, 72% n'ont pas terminé le processus de la prise en charge. Ce phénomène semble se retrouver dans l'ensemble des spécialités pédiatriques et dans d'autres parties du monde [17].

Malgré les recommandations de pratique en pédiatrie, l'intégration des parents est souvent difficile car leur perspective n'est pas toujours prise en compte et peut différer de celle des ergothérapeutes [13]. Les quatre études citées ci-dessus [13, 15, 16, 17] nous permettent de cerner les domaines de besoins des parents :

- Le besoin centré sur la collaboration entre les professionnels et les parents
- Le besoin de répit et temps personnel
- Le besoin financier
- Le besoin en accompagnement et guidance psychologique
- Le besoin de compréhension face à la situation de handicap de leur enfant.
- Le besoin centré sur la scolarisation
- Le besoin centré sur la vie social de l'enfant

Ils sont complétés par : le besoin de mieux gérer le temps de vie de la famille [18]. C'est un élément important à prendre en compte lorsque les thérapeutes établissent leurs plans de traitements car le manque de temps est alors en frein à l'intervention des différents thérapeutes auprès de l'enfants mais aussi à l'implication des parents dans sa prise en charge.

Néanmoins, il faut veiller à ne pas négliger la participation des enfants au profit de celle des parents. En effet, une étude interrogeant à la fois les parents et les enfants [19] montre que la participation des enfants est plus importante lorsqu'ils sont seuls. Il n'y a pas de différences

observées concernant la proportion des domaines et l'importance des problèmes exprimés. En revanche, les résultats diffèrent lors de l'évaluation du rendement et de la satisfaction après intervention.

La détermination des facteurs influençant la relation soulignée par les professionnels, et la connaissance des besoins spécifiques des familles avec un enfant en situation de handicap, ne semble pas suffisant à une implication des parents dans les prises en charge en ergothérapie qui satisfasse à la fois l'ergothérapeute et les parents en pratique.

1.4.4. Le statut particulier du père et de la mère

Certaines études de cette revue de littérature [13, 15, 17, 18] considèrent plus particulièrement le lien thérapeutes-parents et ne prennent pas en compte l'ensemble des membres de la famille. Cet élément interroge la nécessité d'impliquer l'ensemble de la famille dans la prise en charge d'un enfant en ergothérapie. De plus, elles démontrent un manque de participation aux études des pères et une plus grande participation des mères. Cela est-il dû au contexte socioculturel ? Le ressenti vis-à-vis du suivi des enfants est-il significativement différent entre le père et la mère ? De plus il n'est recensé que le témoignage de parents vivants ensemble, on peut se demander si les enjeux sont les mêmes pour les parents séparés. Le niveau socio-culturel des parents semble également influencer leur compréhension de la situation et leurs accessibilités aux services de soins pouvant être proposées à leurs enfants.

1.4.5. Problématique pratique

Grâce aux apports de la revue de littérature nous avons pu faire évoluer notre problématique.

La lecture de ces articles au vu des questions initiales a fait émerger une problématique nouvelle. Les sources concordent toutes sur l'intérêt de l'implication des parents dans la prise en charge d'enfant notamment à travers l'approche centrée sur la famille. Néanmoins elles mettent également en avant la nécessité de reconsidérer la place des parents dans la pratique. Ainsi nous nous interrogeons sur les moyens qui pourraient correspondre aux besoins des familles avec un enfant en situation de handicap et aux ergothérapeutes : quels sont les moyens mis en œuvre

dans le cadre d'un soutien familial ? et quelles sont les modalités de ces moyens ? De plus il apparait que la famille souhaite accéder à une meilleure collaboration avec la famille et plus seulement limiter la relation avec les professionnels à une relation de soutien : Comment pourrait se traduire cette relation de collaboration en pratique ? Comment l'ergothérapeute intègre la communication avec la famille dans sa pratique ? Quelles pourraient être les entraves à l'application de l'approche centrée sur la famille en pratique ? Ensuite, dans la revue de littérature, le rôle de l'ergothérapeute était mis en avant, or il est souvent amené à travailler en équipe dans le cadre d'une institution ou non. Nous nous sommes alors demandé : Le travail d'équipe peut-il être un élément de facilitation de la relation avec les parents ?

Enfin, les articles de la revue de littérature concernent l'approche centrée sur la famille qui inclut l'ensemble des membres de la famille, mais seuls les parents sont interrogés. On peut alors se questionner sur la place donnée aux autres membres de la famille dans la prise en charge de l'enfant en ergothérapie.

1.5. L'enquête exploratoire

L'état des lieux des savoirs établi à travers la littérature scientifique nous permet maintenant de passer à une exploration des pratiques actuelles. Afin d'observer ce qui se passe sur le terrain nous allons effectuer une enquête exploratoire.

1.5.1. Construction de l'enquête exploratoire

L'objectif de cette enquête exploratoire est de recueillir des données sur la pratique professionnelle et de recentrer l'objet de recherche, tout en confirmant son intérêt socioprofessionnel. L'enquête exploratoire nous permettra de mesurer l'écart entre les recommandations de bonne pratique et la réalité. En effet, il s'agira d'obtenir un état des lieux quantitatif des actions qui intègrent l'entourage de l'enfant réalisées par les ergothérapeutes et de l'application de l'approche centrée sur la famille en explicitant les moyens et les entraves de celle-ci.

L'enquête exploratoire est soumise à une population cible déterminée par des critères précis. Les critères d'inclusions des participants sont d'intervenir en tant qu'ergothérapeute auprès d'enfants pris en charge dans des structures d'accueil réservées aux enfants ou en exercice

libéral. Ces enfants doivent présenter une pathologie congénitale ou un trouble développemental.

Les critères d'exclusion sont d'intervenir auprès d'enfants en situation de handicap transitoire d'origine traumatique, survenu tard dans l'enfance et de prendre en charge des adultes sous tutelle ou curatelle.

L'objectif est de viser un échantillon de la population suffisamment large est de nous permettre une analyse globale de la pratique en ergothérapie, les critères d'inclusion et d'exclusion se limiteront donc à ceux-ci.

Elle se présentera sous la forme d'un questionnaire. Ce choix se justifie par le fait que cette méthode nous permet d'interroger un panel cible plus large par sa facilité d'accès. En effet, les personnes interrogées pourront répondre aux questions au moment opportun de leur journée. Ils pourront prendre le temps de réfléchir et ne pourront pas être influencés par un interlocuteur. Cet outil de recueil de données nous permet de respecter le délai fixé pour la réalisation de ce mémoire et sans frais de recherche.

1.5.2. Les biais

Afin de limiter et contrôler les biais qui peuvent impacter les résultats, il est important de les identifier. La longueur de l'enquête exploratoire peut décourager ou être remplie avec moins d'attention sur la fin, c'est un biais cognitif. Ainsi nous avons limité le temps de passation du questionnaire à 15 minutes, ce qui nous permet tout de même de poser les questions que nous aurons jugées nécessaires.

Pour ne pas influencer les réponses des personnes interrogées et atténuer le biais de subjectivité, nous ne demandons aucune information personnelle, de ce fait, nous préservons leur anonymat mais nous ne pourrions pas vérifier leur identité ultérieurement. Ici s'ajoute alors le biais de sélection, en effet, il sera très important de sélectionner les participants avec précaution. Pour cela nous utiliserons différents annuaires professionnels et rappellerons aux participants à deux reprises les critères d'inclusion et d'exclusion. Le biais de subjectivité sera également atténué par la possibilité de répondre « autre » dans les questions préformées au cas où nous n'aurions pas envisagé une ou plusieurs possibilités. La modalité d'envoi du questionnaire est également

un biais, puisqu'il sera transmis par email. Nous ne pouvons donc pas être certains de la réception de celui-ci. La période d'envoi du mail peut aussi impacter les résultats, c'est pourquoi nous l'enverrons en dehors des périodes de vacances scolaires afin d'éviter que notre mail ne soit mis de côté pendant les vacances des ergothérapeutes. Il existe également un biais socio-culturel car la représentation de la famille peut être différente selon les personnes, c'est pourquoi nous définirons ce terme en amont. Enfin, pour atténuer le biais méthodologique, nous avons construit notre enquête exploratoire en utilisant une matrice de questionnement (Cf Annexe 4 p71). Nous soumettrons également notre enquête à une cohorte test avant de l'envoyer à la population que nous avons ciblée.

1.5.3. Rédaction de l'outil de recueil de données

Nous avons utilisé une matrice de questionnement (Cf. Annexe 4 p71) afin de rédiger les questions de l'enquête exploratoire. Cela a permis de clarifier le questionnement issu de la revue de littérature et de faire émerger les informations à obtenir.

Le questionnaire se compose de 15 questions. Nous débutons par interroger la population cible sur la relation qu'elle entretient avec les parents des enfants, puis nous centrons nos questions sur l'approche centrée sur la famille, et enfin nous recueillons les données démographiques de la population interrogée. Nous employons à la fois des questions fermées et des questions ouvertes quand la réponse nécessite d'être explicitée. Nous avons été particulièrement attentifs lors de la rédaction des questions à ce qu'elles soient claires et compréhensibles. Le questionnaire élaboré dans le cadre de l'enquête exploratoire a été réalisé sous la forme d'un Google Form®. Notre connaissance de ce logiciel gratuit spécifique à la réalisation de questionnaire, a orienté notre choix vers celui-ci. Il est couramment utilisé dans le cadre de recherche et offre une interface de présentation des questions personnalisables. Google Form® nous permet également de gérer les conditions d'accès au questionnaire.

1.5.4. Test du dispositif de de recueil de données

Avant de soumettre le questionnaire à notre population cible, nous avons effectué un essai auprès d'une cohorte test. Cette cohorte test rassemblait des ergothérapeutes travaillant avec

notre population cible, des professionnels de santé travaillant auprès d'enfants, des étudiants en ergothérapie ainsi que des personnes extérieures au monde médical. La diversité de la cohorte test nous a permis de nous assurer de la compréhension des questions. Nous avons ainsi pu obtenir des retours sur l'interface de présentation du questionnaire qui a été épuré. Cela nous a aussi permis de modifier certaines questions afin de garantir la pertinence de celles-ci.

1.5.5. Transmission de l'outil de recueil de données

Le questionnaire de l'enquête exploratoire sera transmis de manière virtuelle afin de limiter son impact écologique. Nous avons recensé l'adresse mail des ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion grâce à notre réseau professionnel et différents annuaires en ligne. En plus de transmettre le lien vers le questionnaire, nous avons explicité les modalités de participation. (Cf. annexe 5 p74). Nous avons limité la période de recueil des résultats à un mois afin de pouvoir procéder à l'analyse de ceux-ci tout en laissant le temps à la population ciblée de répondre.

1.5.6. Le choix des outils d'analyse de données

Le choix du premier outil d'analyse de données a été induit par le choix de l'outils de recueil de données. En effet, le logiciel Google Form® permet une première analyse via le logiciel Exel®. Nous avons utilisé des graphiques dans le but de clarifier les réponses des questions fermées ou semi-fermées. En ce qui concerne les questions ouvertes, nous les avons analysées selon la méthode d'occurrence des mots. Cette méthode met en avant la fréquence d'apparition d'un mot en réponse à une question. Nous avons choisi le site nuagedemot.com® dont l'utilisation est très intuitive et qui présente les mots en liant leurs fréquences d'apparition à leurs tailles.

1.5.7. Résultats de l'enquête exploratoire

Le questionnaire a été envoyé à des ergothérapeutes mais également directement à des structures. Ainsi sur les 239 mails envoyés, deux SESSAD³ et deux IME⁴ ont répondu qu'il n'y avait pas d'ergothérapeute dans leurs équipes. Nous avons pu obtenir 57 réponses d'ergothérapeutes, tous répondant à nos critères de sélections.

Une analyse descriptive sera présentée ci-dessous à partir des données brutes recueillies et présentées sous forme de graphiques en annexe (Cf. Annexe 6 p76).



Figure 1 : nuage de mots de la question 1 de l'enquête exploratoire.

On remarque un consensus de l'ensemble des ergothérapeutes interrogés sur le fait que la rencontre avec la famille est très importante dans la prise en charge d'enfant en ergothérapie. Certains ergothérapeutes complètent leurs réponses en indiquant l'intérêt de prendre en compte la famille et les limites de l'implication de celle-ci, ces éléments seront détaillés ultérieurement.

Le moyen pour entrer en relation avec les familles le plus fréquemment utilisé par les ergothérapeutes est le téléphone, vient ensuite la communication par écrit. En ce qui concerne la présence de la famille en séances avec l'enfant et sans l'enfant les réponses sont partagées. Il semblerait que les moyens de communications privilégiés par les ergothérapeutes sont les moins chronophages.

³ Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

⁴ Institut médico-éducatif

L'ensemble des cinquante-cinq ergothérapeutes rencontre plus fréquemment les parents et notamment la mère de l'enfant, en effet, vingt-trois ergothérapeutes répondent rentrer systématiquement en contact avec la mère de l'enfant alors qu'un seul nous indique le faire avec le père de l'enfant. Les autres membres de la famille sont plus rarement en contact avec les ergothérapeutes. Ces résultats mettent en avant le rôle prépondérant de la mère dans la communication avec l'ergothérapeute et le faible taux de rencontre avec les autres membres de la famille

Sur un total de cinquante-sept réponses, nous obtenons cinquante-et-un ergothérapeutes qui disent rencontrent les membres de la famille de l'enfant avec d'autres professionnels et six qui ne le font pas. Parmi les six réponses négatives, quatre ergothérapeutes exercent en libéral et deux en IEM. Pour approfondir les réponses obtenues à cette première question, nous avons décidé de poser la question : « pourquoi ? » qui sera représentée sous la forme d'un nuage de mots :



Figure 2 : Nuage de mots de la question 4 de l'enquête exploratoire.

On remarque que les ergothérapeutes rencontrent les parents avec différents professionnels principalement dans le cadre des équipes de suivi scolaire (ESS), et lors des synthèses ou des réunions. De nombreux ergothérapeutes soulignent dans leurs réponses l'importance du travail en équipe. Six ergothérapeutes précisent qu'ils travaillent avec différents professionnels en fonction de la situation et de l'information à transmettre ou à recueillir. Deux ergothérapeutes nous disent qu'une rencontre entre plusieurs professionnels peut être demandée par la famille ce qui signifie que la communication famille-ergothérapeute n'est pas seulement entretenue par

le professionnel. Les ergothérapeutes ne rencontrant pas la famille avec d'autres professionnels, avancent plusieurs arguments : le manque de temps, l'isolement des ergothérapeutes libéraux et le manque de possibilité de rencontrer les parents.

Les résultats (Cf. Annexe 6 p76) nous permettent d'obtenir des informations sur l'intégration des familles en ergothérapie en fonction de l'étape de la prise en charge. On remarque que les parents sont plus intégrés dans les phases d'évaluation (50 réponses) que lors du reste du suivi par respectivement. Moins de la moitié des ergothérapeutes, 25, implique la famille dans la planification de la prise en charge. Et, vingt-six ergothérapeutes ont répondu impliquer la famille dans l'étape de mise en œuvre des séances. Les étapes de planification et de mise en œuvre de la prise en charge semblent pouvoir creuser un fossé entre les parents et le thérapeute. 40 ergothérapeutes disent rencontrer les parents lors d'une synthèse avec d'autres professionnels alors que 39 ergothérapeutes les rencontrent lors de la réévaluation du suivi et 31 lors de l'évaluation de fin de suivi. De plus seulement 33 ergothérapeutes reçoivent la famille en séance avec l'enfant. Ces données montrent la part importante du travail fait avec les autres professionnels auprès des parents.

Les ergothérapeutes interrogés identifient différents buts qui les conduisent à communiquer avec la famille de l'enfant en réponse à la question six. Trente-six ergothérapeutes disent rentrer en contact avec la famille principalement pour obtenir des informations (sur l'enfant, son quotidien, son parcours, son école mais aussi l'ensemble de la famille). Vingt-huit ergothérapeutes nous disent également échanger avec la famille pour les « informer » ou leur « expliquer » le métier d'ergothérapeute, la compréhension des troubles, les résultats d'évaluation, les objectifs, l'évolution de l'enfant et de sa prise en charge, les modalités de la prise en charge. Dix-neuf ergothérapeutes nous parlent de « partage », de « discussion », « d'échange » avec les parents en affirmant que c'est un réel de travail de collaboration. Dix-neuf ergothérapeutes disent également solliciter la famille pour transférer les acquis au domicile ou donner des conseils sur le quotidien. Six ergothérapeutes identifient également le besoin des familles d'être soutenu.

Trente-deux ergothérapeutes sur cinquante-sept répondent être « plutôt satisfait » de la relation établie avec la famille de l'enfant. Leurs lieux d'exercices sont variés : dix-huit en libéral et

manque d'investissement, le manque de confiance, les difficultés d'acceptation du trouble de leurs enfants, le manque d'échange entre les famille et les professionnels, le niveau social de la famille, la souffrance des parents, le lieux de prise en charge ou encore les modalités de déplacements jusqu'à celui-ci. Il semble alors exister des freins intrinsèques aux familles et des freins relatifs aux modalités de pratiques des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes reconnaissent tous des avantages à l'implication de la famille notamment de meilleurs progrès dans la prise en charge pour 20 d'entre eux, de meilleur transfert dans la vie quotidienne et consolidation des acquis pour 15 d'entre eux, un meilleur l'investissement de l'enfant dans sa prise en charge (11), des prises en charge plus adaptées (10). Ils notent également une meilleure compréhension (6) et participation au travail effectué en ergothérapie avec leurs parents. De plus cinq ergothérapeutes soulignent un meilleur ressenti pour l'enfant comprenant une meilleure estime, motivation confiance et épanouissement. Cinq ergothérapeutes nous indiquent également des inconvénients à une trop grande implication de la famille ce qui ne s'est pas retrouvée dans la revue de littérature.

Les réponses des ergothérapeutes sont partagées concernant leurs connaissances des principes théoriques de l'approche centrée sur la famille : trente répondent ne pas connaître ces principes, onze disent la connaître et seize la connaissent un peu. Les réponses obtenues corroborent la revue de littérature qui nous indiquait que de nombreux ergothérapeutes ne connaissaient pas les principes de l'approche centrée sur la famille.

En questionnant les ergothérapeutes connaissant l'approche centrée sur la famille sur la manière dont ils en ont entendu parler, on remarque que c'est principalement au cours de lectures (17), puis au cours de la formation initiale (8). Les ergothérapeutes ayant connu l'approche centrée sur la famille lors de leurs formation initiale ont tous eu leur diplôme après l'an 2000.

Néanmoins les résultats de l'enquête exploratoire nous permettent d'établir que trente ergothérapeutes ne pratiquent pas l'approche centrée sur la famille contre seulement quatorze qui la mettent en pratique. Treize ergothérapeutes pratiquent une autre approche dans le cadre de l'accompagnement des familles. Il paraît important de souligner que sur les vingt-six qui disent en avoir entendu parler ou la connaître seulement quatorze la mettent en pratique.

Nous avons également questionné les ergothérapeutes sur les raisons qui les ont poussés à utiliser une approche spécifique. Sur l'ensemble des vingt-sept réponses obtenues, Pour quinze ergothérapeutes l'enfant fait partie d'un système familial dont il est indissociable. L'orientation de leur choix vers cette approche s'est faite pour différentes raisons : leur expérience professionnelle et personnelle, leur éthique, les recommandations de la Haute Autorité de Santé, le fait que ce soit une approche spécifique à leur profession. Six ergothérapeutes indiquent que le choix de l'approche est fait par l'institution ou avec les autres professionnels. Ceux qui ne l'utilisent pas avancent des arguments tels que : une meilleure maîtrise d'une autre approche, l'utilisation d'approches plus globales prenant en compte l'environnement et les autres professionnels, l'utilisation combinée de plusieurs approches et l'utilisation d'une approche centrée sur les besoins de l'enfant.

Enfin nous avons recueilli des données descriptives sur la population que nous avons interrogée. Ainsi nous observons que vingt-et-un ergothérapeutes ont obtenu leur diplôme entre 2010 et 2018, dix-huit entre 2000 et 2009, sept entre 1990 et 1999, dix entre 1980 et 1989 et un seul avant 1980. La population interrogée est plutôt hétérogène même si majoritairement composée de professionnels diplômés après la réforme de 2010. La valeur médiane de date d'obtention du diplôme d'Etat se situe dans la fourchette comprise entre l'année 2000 et l'année 2009. Nous avons également souhaité connaître le lieu d'exercice des ergothérapeutes. Pour présenter ces résultats, nous avons considéré que les ergothérapeutes ayant indiqué deux lieux d'exercices travaillaient à mi-temps dans chacune des structures. Ainsi nous observons que la majorité des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire travaille en libéral (vingt-deux). Ensuite on dénombre dix ergothérapeutes travaillent en IEM, neuf en SESSAD, quatre en CAMSP, quatre en EEAP, deux en IME et un en SSR pédiatrie. Au total on peut noter que 30 ergothérapeutes travaillant en institution mais pas tous à temps plein.

1.5.8. Analyse des résultats de l'enquête exploratoire

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés reconnaît l'intérêt de l'implication de la famille des enfants pris en charge comme cela avait été énoncé dans la revue de littérature. Néanmoins sur l'ensemble des questions qui portaient sur « la famille », les ergothérapeutes parlent plus

volontiers de « parents » dans leurs réponses alors même que nous avons défini le terme en début de questionnaire. Les autres membres de la famille ont même pu être cités comme obstacle à la relation parents-thérapeute. Il ressort que les ergothérapeutes collaborent principalement avec les parents et non pas l'ensemble de la famille. Cet élément questionne le choix de la population pour notre recherche puisque dans la revue de littérature les parents ont également une place prépondérante.

Certains ergothérapeutes ont attiré notre attention sur le fait que c'est un réel travail d'impliquer la famille dans la prise en charge. Les variations notées par les ergothérapeutes selon la structure et l'âge des enfants induisent pour la suite de notre recherche la nécessité de définir un cadre d'exploration plus restreint. Les structures ouvertes présentent des enjeux différents des structures fermées où les enfants ne vivent plus chez les parents. Nous nous concentrerons donc sur les structures ouvertes et plus particulièrement les CAMSP car le spectre des âges des enfants pris en charge est restreint ; de la naissance à 6 ans.

De plus, de nombreux ergothérapeutes nous indiquent le manque de temps des professionnels mais aussi des parents comme le plus important obstacle à la relation parents-thérapeutes. Ce manque avait été particulièrement mis en exergue dans la revue de littérature et est soutenu par les réponses de la majorité des ergothérapeutes qui indiquent utiliser les moyens les moins chronophages. Les moyens de communication utilisés semblent également dépendre du lieu d'exercice et du but dans lequel le thérapeute contacte la famille ; dans quelle mesure ?

Les ergothérapeutes nous ont dit communiquer principalement avec la famille pour obtenir des informations ou en transmettre. L'ensemble des ergothérapeutes ne souligne pas l'importance d'échanges mutuels entre la famille et le thérapeute. Cela rejoint le fait que les ergothérapeutes répondent majoritairement rentrer en lien avec la famille lors des phases d'évaluation. Nous pouvons faire le lien avec la perte de collaboration entre les parents et les ergothérapeutes au fil du suivi évoqué dans la revue de littérature. Pourquoi les parents ne sont-ils pas équitablement impliqués dans chacune des phases du processus de soins ? Y aurait-il des limitations à la mise en place d'une communication horizontale adoptée par certains professionnels ? Les ergothérapeutes ont-ils plus de difficultés à maintenir le lien avec la famille lorsque la prise en charge est longue ?

Les freins à la relation ergothérapeute-parents évoqués par les ergothérapeutes rejoignent les facteurs influençant la relation et les besoins des parents indiqués dans les articles de la revue de littérature. Nous pouvons nous demander quelles sont les différentes répercussions du lieu

d'exercice, des modalités de rencontre et de la posture de l'ergothérapeute, pour chacun des avantages et freins énoncés.

En ce qui concerne l'approche centrée sur la famille, elle semble être peu utilisée par les ergothérapeutes. Cela est-il uniquement dû aux difficultés rencontrées par les ergothérapeutes pour la mettre en œuvre comme la revue de littérature nous l'indiquait ? On peut aussi imaginer que c'est une approche qui sera de plus en plus connue. En effet, les professionnels qui la connaissent sont jeunes. De plus comme nous avons pu le voir dans la revue de littérature la question de l'implication des familles dans les prises en charge d'enfants est relativement récente. Néanmoins les réponses obtenues ont fait émerger que le choix de l'approche avec la famille était fait avec l'institution et les autres professionnels. On peut alors se questionner sur le positionnement de l'ergothérapeute dans une institution et sur l'influence que celle-ci peut avoir sur sa pratique. L'implication de la famille dans les prises en charge en ergothérapie serait-elle liée à la place donnée aux familles par l'ensemble de l'institution ? Les ergothérapeutes se sentent-ils en mesure d'agir seuls sur l'implication des parents ?

En effet, une grande majorité d'ergothérapeutes disent rencontrer les parents avec d'autres professionnels. Cela leur permet d'améliorer la prise en charge de l'enfant. Dans la revue de littérature il était apparu que les professionnels de santé souhaitaient une meilleure coordination entre les différents acteurs du système de santé pour faciliter le parcours des parents. On peut alors se poser la question des moyens mis en œuvre pour faciliter le travail interdisciplinaire autour de l'implication des familles dans les prises en charge.

1.5.9. Analyse critique de l'enquête exploratoire

Le taux de réponse est d'environ 24%. L'échantillon dans ce cas n'a pas été fait de manière probabiliste. Il existe une masse silencieuse qui n'a pas semblé être intéressée par le questionnaire voire le sujet. L'interprétation des données ne sont que des hypothèses, le nombre de réponses obtenues ne nous ayant pas permis de généraliser les résultats à l'ensemble de la population.

Toutes les réponses ont été acceptées et donc analysées. On remarque que le nombre de réponses obtenues au questionnaire n'est pas proportionnel entre les lieux d'exercice. Les ergothérapeutes

libéraux sont les plus représentés. Néanmoins si on regroupe l'ensemble des ergothérapeutes travaillant en institution, on trouve un ratio de vingt-et-un et demi pour vingt-neuf et demi.

A la question 7 portant sur la satisfaction de la relation établie avec les parents par l'ergothérapeute, beaucoup ont répondu « Plutôt satisfait », il semblerait que nous soyons ici face à un biais méthodologique puisque cela correspond à une réponse médiane. De plus la présence d'un biais émotionnel pourrait également expliquer la différence entre le niveau de satisfaction et les explications qui font état de difficultés.

Nous nous questionnons aussi sur le sens d'approche qui n'est peut-être pas assez explicite et sur la perception qu'ont les ergothérapeutes de l'approche centrée sur la famille. Certains interrogés nous ont indiqué lui préférer des méthodes comme COOP ou des approches centrées sur l'enfant lui-même.

1.6. La question initiale de recherche

En quoi la pratique de l'ergothérapeute au sein d'un équipe de professionnels de la santé et du social dans un CAMSP influence l'implication des parents et de l'enfant dans son suivi en ergothérapie ?

1.7. Le cadre de référence

Dans cette partie nous définirons le cadre théorique de notre recherche. Pour cela nous nous plaçons dans les Champs théoriques de la sociologie qui est la « science des faits sociaux humains des groupes sociaux en tant que réalité distincte de la somme des individus qui les composent » [20] et de la psychologie sociale qui est le mélange de la sociologie et de la psychologie ses objets d'études sont les influences mutuelles entre l'individu et son entourage social, les liens entre le psychisme d'un individu et ses relations avec autrui [21]. En effet, nous avons pu voir à travers notre revue de littérature et notre enquête exploratoire que les ergothérapeutes considèrent l'implication des parents dans la prise en charge de leur enfant comme important. Il arrive même qu'ils décident ensemble des modalités de communication avec les parents des enfants pris en charge. Nous avons alors émis l'hypothèse que le travail entre les différents professionnels de santé et du social impacte la relation ergothérapeute-parents-enfants. La revue de littérature et l'enquête exploratoire ont mis en exergue l'importance du travail avec les parents, de les écouter et de les intégrer au processus de soins. Nous avons

aussi vu que ce travail s'inscrit dans le cadre de la pratique de l'ergothérapie au sein d'équipe de professionnels du sanitaire et du social. Il convient alors d'approfondir les notions d'engagement du patient et de sa famille, de démarche collaborative entre professionnels et d'approche systémique. Ces données nous permettront de mieux appréhender le travail fait avec la famille par l'ergothérapeute et l'ensemble de l'équipe de professionnels de la santé et du social intervenant auprès d'un enfant au sein d'un CAMSP. De plus, ces notions nous aideront à déterminer comment leur articulation pourrait permettre de faciliter l'intervention des ergothérapeutes auprès d'enfants et de leurs familles.

1.7.1. L'approche systémique

Nous nous intéressons à l'intérêt de cette approche dans la facilitation de la compréhension des interactions entre les parents, l'enfants, l'ergothérapeute et l'institution. L'approche systémique semble pertinente dans ce cas. En effet, elle permet de prendre en compte des interactions soumises à « l'instabilité, l'ouverture, la fluctuation, le chaos, le désordre, le flou, la créativité, la contradiction, l'ambiguïté, le paradoxe. » comme le décrit Donnadiou G. et al. [22] à propos des relations humaines.

L'approche systémique a été développée pour étudier n'importe quel système y compris en sciences sociales tel que le système familial ou institutionnel. Le monde moderne a permis le développement de relation diverses et de plus en plus nombreuses entre les humains. Pour comprendre ces interactions est apparu le modèle systémique qui se réfère à la théorie de la complexité d'E. Morin. Le sociologue E. Morin [23] a en effet théorisé le fait que la globalité est un défi de la complexité puisqu'il y a complexité lorsque sont inséparables les différents composants de celle-ci. Il définit que les relations entre tout phénomène sont liées à son environnement, c'est ce qu'il nomme les relations réciproques « tout/parties » [24]. Il s'agit alors de s'interroger sur la répercussion de changements locaux sur le tout et inversement. Les trois principes de la théorie de complexité sur lesquels repose l'approche systémique sont : le « principe hologrammatique », le tout se retrouve dans chacun des éléments qui le constituent, « le principe de récursion », les producteurs de boucle de production et d'organisation sont également les produits de celle-ci, et « le principe dialogique », des logiques différentes peuvent former un ensemble sans qu'elles perdent leur spécificité [24].

Pour comprendre ce qu'est l'approche systémique il convient de définir ce qu'est un système [25] : un ensemble d'unités en interaction, c'est une totalité organisée. Un système est plus que la simple somme de ses unités. Elles interagissent entre elles et avec l'environnement dans le cas de système ouvert. Les interactions se font via un réseau de communication qui peut prendre diverses formes. Selon cette définition l'analyse d'une personne ne peut se faire indépendamment des systèmes dans lequel il évolue.

La personne influence ces systèmes d'appartenance et inversement. Les systèmes ne sont pas fixes. Il existe ce qu'on appelle « homéostasie » qui maintient l'équilibre entre les systèmes. La théorie systémique [23, 25] se veut donc dynamique, multidimensionnelle et multidisciplinaire.

L'approche systémique en ergothérapie

L'approche systémique adaptée en ergothérapie d'après les travaux de l'Ecole de Palo Alto [26], nous permet d'adopter une vision holistique de la situation complexe de la personne en lien avec son environnement et ses activités. L'objectif est de mieux cerner les relations existantes entre le patient, sa famille, l'équipe et l'institution pour améliorer le suivi. Ainsi un ergothérapeute utilisant l'approche systémique, se concentre sur les relations entre les acteurs du système. En cas de forces contraires s'appliquant sur le système et menaçant son équilibre, il s'agira de repérer et d'agir sur les interactions conflictuelles (relatives au pouvoir, à la communication, l'appartenance, l'exclusion...) entre les acteurs du système.

C'est le système familial qui est placé au centre de l'approche systémique en ergothérapie. Le système familial se compose de personnes qui interagissent entre elles. Chaque personne évolue dans un sous-système. Chaque famille a une histoire différente et n'a pas les mêmes attentes vis-à-vis du système de soin. Dans la relation famille-thérapeute, l'application du modèle systémique se traduit par la reconnaissance de la compétence des acteurs du système. L'autonomie du patient et de sa famille est en ce sens primordiale et nécessite qu'ils soient accompagnés par l'équipe de professionnels et l'institution dans cette démarche [26].

Notre recherche se concentre alors sur les interactions du système parents-enfant, placé au centre de notre analyse, et du système institutionnel pour nous permettre de mieux cerner l'articulation de ces deux sous-systèmes. Ils font partis du système institution-parents-enfant (Cf annexe 7 p84). Comme énoncé par Edgar Morin, les interactions du sous-système parents-enfant seraient-elle influencées par leur environnement ? Les interactions entre le système parents-enfants et un professionnel tel que l'ergothérapeute représentent-telles les interactions avec l'ensemble de

l'équipe d'une institution ? L'autonomie de chaque acteur étant primordiale dans l'analyse systémique, comment s'établit l'autonomie du système parents-enfant dans le système de soin ?

1.7.2. L'engagement du patient et de sa famille

La notion d'engagement du patient et de sa famille [27] a été développée en lien avec les notions d'approche centrée sur la personne et d'approche centrée sur la famille. Elle s'inscrit dans la tendance actuelle favorisant la participation active des patients dans leurs soins qui fait suite au modèle paternaliste. Le terme d'engagement est imbriqué dans la notion d'approche centrée sur la famille et permet sa mise en pratique. Il existe de nombreuses définitions de la notion d'engagement et différentes conceptions de la manière dont elle améliore les soins. Il existe néanmoins un consensus de la communauté scientifique [2, 27, 28] sur l'existence d'avantages à l'engagement du patient et de sa famille.

Les diverses représentations actuelles de l'engagement du patient et de sa famille le considèrent comme un continuum. Cela a poussé les théoriciens à le modéliser sous la forme d'un schéma comme celui de Carman K et al. [27] (Cf. annexe 8 p85) qui a ensuite été complété par Vanier LC et al. [28] (Cf. annexe 9 p86). Le but de ces schémas est de faciliter la mise en place d'intervention et de politique de santé favorisant l'engagement du patient et de sa famille. Selon ce modèle, l'engagement du patient et de sa famille est défini comme « le patient, sa famille (et autres personnes de son entourage) et les professionnels de la santé collaborant activement en partenariat à différents niveaux du système de santé : les soins directs, la conception organisationnelle et la gouvernance ainsi que l'élaboration des politiques de santé dans le but d'améliorer la santé et les soins » [27].

Le modèle se base sur trois principes :

Le continuum de l'engagement : Les activités d'engagement peuvent s'inscrire dans un continuum allant de l'information au partenariat, en passant par la consultation et la collaboration (Cf. annexe 9 p86) [28].

L'engagement du patient et de sa famille peut être défini par la quantité d'informations qui circulent entre le patient, sa famille et les soignants mais aussi l'activité du patient et de sa famille dans les décisions de soins, et enfin leur implication ou celle de groupe de patients/familles dans les décisions des organisations de santé et l'élaboration des politiques. Le

plus bas niveau de l'échelle d'engagement serait que les patients reçoivent des informations mais ont un pouvoir notamment de décision limitée. En décrivant l'engagement des patients et de leurs familles comme un continuum, le but est de multiplier les opportunités d'engagement du patient qui demande de plus en plus à être intégré dans le système de soins.

De nombreuses initiatives portées par différents systèmes de soins tendent vers la mise en place d'un partenariat. Cela reste difficile à mettre en place car ces initiatives nécessitent un bouleversement de la représentation habituelle des rôles du patient, de sa famille et des soignants [2]. L'engagement se définit ici par un pouvoir et des responsabilités partagés. Les patients et leurs familles sont des acteurs actifs du partenariat et aident à la prise de l'ensemble des décisions [28, 29]. Les différentes définitions du partenariat [28, 30] s'accordent sur le fait que le patient et sa famille doivent être en mesure de mobiliser leurs expériences et leurs connaissances pour participer à un réel partage des décisions avec les professionnels qui sont eux, experts dans leur discipline. Le partenariat implique alors que le patient et sa famille soient soutenus dans cette démarche mais également informés et formés pour mobiliser et développer des compétences dans le but de devenir autonome. Les informations circulent bidirectionnellement grâce à différents canaux de communication tout au long du processus d'engagement [28, 30]. Un manque de transparence entrainerait la rupture de la relation [29].

De plus il apparaît important de préciser que l'engagement présent durant tout le processus de soins peut prendre des formes différentes selon le moment et la durée de la prise en charge notamment en ergothérapie [2].

Les différents niveaux de l'engagement : L'engagement peut se produire à différents niveaux et pas seulement au niveau des soins [28]. L'engagement du patient et de sa famille concerne également la conception de l'organisation, la gouvernance de soins, l'élaboration de la politique du système de soins d'une institution et l'enseignement ou la recherche.

Le niveau des soins direct peut prendre différentes formes. Il peut s'agir d'une interaction avec un professionnel de la santé ou plusieurs, d'une recherche d'informations relatives à la santé ou encore d'une participation à un groupe de soutien. L'engagement des patients et de leurs familles à ce niveau, va de la réception des informations par le patient, à la participation active dans un partenariat avec l'équipe de soins. Dans une relation de partenariat [27, 28], le patient et sa famille communiquent avec l'équipe à propos de la situation, comprennent les risques et les avantages liés aux choix de soins qui seront explicités par un professionnel et posent des

questions. Ils ont également accès au dossier médical et peuvent participer à sa création. Les professionnels soutiennent le patient tout au long du processus de soins et impliquent la famille.

Au niveau de la conception et de la gouvernance organisationnelles, l'engagement des patients et de leurs familles peut aller jusqu'à un partenariat avec les chefs d'organisation, les gestionnaires et les cliniciens pour planifier, dispenser et évaluer les soins. En ce qui concerne la prise de décision, l'engagement porte sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes de santé. Actuellement, les patients et leurs familles collaborent peu avec les dirigeants du système de santé et les décideurs pour résoudre les problèmes sociaux et collectifs [27]. Ils sont peu consultés pour définir des politiques en matière de soins de santé ou définir des priorités d'utilisation des ressources. L'implication des patients et de leurs familles dans la recherche et l'enseignement tend également à se développer [28]. Ces initiatives ont principalement émergé dans le domaine de la psychiatrie où on a vu apparaître la notion de « pair aidant », des groupes d'entraide et des programmes à destination des familles animés par d'autres.

Les facteurs influençant l'engagement : Ils existent des facteurs influençant la volonté et la capacité des patients et de leurs familles à s'engager [2, 27, 28]. L'ensemble de ces facteurs sont reliés par des liens de corrélation. Il existe beaucoup de facteurs et ils n'ont pas tous pu être définis. Ils seront regroupés ici en fonction de leurs liens relatifs aux patients et à leurs familles, aux organisations ou à la société :

- liés aux patients et à leurs familles : leurs connaissances, leurs attitudes, leurs convictions, leurs croyances sur le rôle du patient et de sa famille, leurs propres expériences, leurs auto-efficacités et leurs capacités fonctionnelles, leurs âges, leurs niveaux socio-culturels, leurs connaissances de la langue et leurs capacités relationnelles.

- liés aux organisations : les organisations peuvent encourager la participation des patients et des familles en démontrant que leurs participations et leurs autonomies sont essentielles, ainsi qu'en réagissant de manière positive aux efforts des patients. La capacité des patients et de leurs familles à devenir acteurs dépend également des politiques d'organisation et des pratiques organisationnelles mis en place par l'institution.

- Et liés à la société : les normes sociales, la réglementation des acheteurs et les politiques de santé. Elles déterminent si les patients se considèrent capables de contribuer à l'amélioration de leurs soins, des organisations, et des politiques.

L'engagement de l'enfant et de sa famille vont dépendre de différents facteurs qui peuvent être liés aux personnes ou aux normes sociétales, comme nous l'avons vu dans l'enquête exploratoire. Cependant les interactions entre le système parents-enfant et le système de soin dépendent également de l'organisation du système de soin. Nous avons pu voir que le système parents-enfant interagit avec différents acteurs du système de soins. En effet, en CAMSP le système parents-enfant interagit avec différents professionnels. Ces professionnels, tout comme l'enfant et ses parents, font partie d'un système dont les acteurs sont reliés par des interactions. Comment s'organisent les interactions entre les acteurs du système institutionnel d'un CAMSP ? Quels sont les modalités de ses interactions ? L'organisation des interactions entre les professionnels peut-elle influencer les interactions entre un professionnel et le système parents-enfant ?

1.7.3 La démarche collaborative entre professionnels

Les savoirs ont longtemps été catégorisés en discipline : « Science, matière pouvant faire l'objet d'un enseignement spécifique » [31]. Le décloisonnement opéré depuis le début du vingtième siècle a mis en évidence le besoin de croiser les disciplines pour construire de nouveaux savoirs [32]. Face à l'accumulation des savoirs, E Morin, sociologue, réaffirme la nécessité de « principes organisateurs qui permettent de relier les savoirs et de leur donner sens » afin d'enrichir leurs mises en pratique [24].

Dans la littérature, les termes « disciplinaire » et « professionnel » sont souvent précédés des suffixes multi-, pluri-, inter- et trans- sans réel distinction entre les deux. Les travaux de Robidoux M et al. [33] ainsi que la tendance actuelle orientent la sélection du terme « professionnel ». En effet, ce terme se réfère aux professionnels qui mettent en pratique les disciplines. De plus la collaboration inter-professionnels a été reconnue comme une valeur de l'ergothérapeute d'après le code éthique de la WFOT⁵ [34]. L'ergothérapeute notamment en pédiatrie est amené à travailler au sein d'équipe composée de divers professionnels. Cependant la démarche collaborative peut prendre différentes formes ; c'est ce que nous expliciterons ci-dessous :

La pluriprofessionnalité : est définie dans un dossier de la fédération des maisons médicales comme étant un terme similaire à multiprofessionnalité : « Au niveau des soins, différents professionnels peuvent travailler en parallèle pour le bien de leurs patients tout en demeurant

⁵ World Federation of Occupational Therapists

relativement indépendant » [35]. Les professions et/ou les disciplines sont complémentaires mais il n'y a pas de croisement ou imbrication des savoirs ou méthodes. Chacun agit dans sa spécialité ; Il y a peu d'échanges entre les différents professionnels. L'objectif n'est pas issu d'une réflexion commune, il est décliné par chacun des professionnels. On observe une superposition des actes.

L'interprofessionnalité : Selon D'amour [36] l'interprofessionnalité est : « faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients ». Par rapport à la pluriprofessionnalité, il y a dans l'interprofessionnalité un croisement des compétences des différents professionnels. Elle nécessite donc de réels échanges de compétences entre professionnels afin de permettre un enrichissement mutuel. Chaque professionnel conserve sa spécificité pour viser la réalisation d'un projet commun. Le choix de ce projet doit être décidé en commun, et chaque professionnel doit y adhérer. Les professionnels, représentant de disciplines plus ou moins différentes, doivent être en mesure d'évaluer leurs actions. La répartition des tâches doit être congruente avec la formation initiale des professionnels et leurs compétences [37].

La transprofessionnalité : Cette notion est peu énoncée dans la littérature. C'est pourquoi nous commencerons par définir ce qu'est la transdisciplinarité : C'est une « démarche scientifique qui dépasse les frontières d'une discipline. En ce qui concerne la transdisciplinarité, il s'agit souvent de schèmes cognitifs qui peuvent traverser les disciplines, parfois avec une virulence telle qu'elle les met en transes » [38]. Ainsi la transprofessionnalité c'est ce qui est entre et à travers les professions. Celles-ci doivent être clairement identifiées, car les frontières entre elles s'effacent peu à peu. Chaque professionnel est interchangeable avec un autre. Jean Michel Caire [39] souligne qu'elle nécessite une organisation particulière de l'institution, qui se concentre autour d'un objectif commun : le projet des patients.

Edgar Morin [38] nous alerte sur le fait que les professionnels ont tendance à se renfermer dans leurs disciplines pour se distinguer des autres, car elles présentent des similitudes. Or l'interprofessionnalité et la transprofessionnalité requièrent une collaboration volontaire de l'ensemble des professionnels. Ils doivent donc partager des concepts, un langage et des valeurs [38]. La cohésion du groupe et la réussite du travail interdisciplinaire dépend de ce socle commun. Guy Le Boterf [40] nous dit d'ailleurs que la performance d'une organisation ne

dépend pas de « l'addition ou de la juxtaposition des compétences individuelles mais de la coopération entre des professionnels compétents. Leur gain en efficacité, efficience, qualité, réactivité, sécurité va dépendre de plus en plus de la qualité des interfaces entre ces professionnels ou entre les diverses unités de travail. ». Néanmoins L'interprofessionnalisme et le transprofessionnalisme ne sont pas aisés à mettre en place. Cela nécessite une nouvelle approche des métiers et un remaniement de l'organisation de l'institution : la plupart des référentiels ont été conçus dans une logique de spécialisation. En effet, d'après les recherches de D'amour [36], Henneman et al. [41] et Mariano [42] les facteurs influençant la collaboration entre professionnels peuvent être catégorisés selon différents niveaux. Le niveau Macro regroupe les facteurs externes à l'institution : le système social, le système professionnel, le système culturel et le système éducatif. Le niveau Meso correspond aux facteurs liés à l'organisation : la structure organisationnelle, la philosophie de l'organisation, le support administratif, un temps suffisant de partage, la proximité physique et les mécanismes de coordination et communication. Le niveau Micro se centre sur les facteurs interpersonnels et interactionnels propre aux individus : la volonté, la confiance mutuelle, la communication, et le respect de l'expertise et du rôle de chaque professionnel et de leur interdépendance.

L'étude des interactions du système parents-enfant et du système institutionnel nous permet de mieux cerner l'articulation de ces deux sous-systèmes, partie intégrante du système institution-parents-enfant (Cf. Annexe 7 p84). Il apparait alors que les démarches de collaboration interprofessionnelle et transprofessionnelle favorisent les interactions et le partage d'acte entre les acteurs du système institutionnel. A contrario, la démarche de collaboration pluriprofessionnelle apparait comme celle où les interactions entre les acteurs sont les plus faibles. Néanmoins elle est la modalité dont la mise en pratique semble être favorisé par les facteurs influençant la démarche collaborative entre professionnels. En pratique, est-elle celle que l'on observe le plus fréquemment ? Quelles influences les modalités de ces interactions peuvent-elles avoir sur les interactions entre un acteur du système institutionnel et le système familial ?

1.8. Problématisation théorique

Les variables et indicateurs des trois notions développées par la suite dans le cadre conceptuel ont été repris dans une matrice (Cf. Annexe 10 p87) pour faciliter leur lecture.

La conception sous forme d'un système unique de l'entité parents-enfant nous permet d'explorer les interactions de ce système avec le système institutionnel. L'ensemble de l'équipe de professionnels de la santé et du sanitaire interagit avec le système parents-enfant tout au long du processus de soin selon différentes modalités. Il existe différents niveaux d'engagement du système parents-enfant que la notion de continuum nous a permis de définir. L'engagement va dépendre de différents facteurs. Ces facteurs peuvent être intrinsèques au patient, liés aux représentations sociétales ou dus à l'organisation du système de soins. En effet, les pratiques organisationnelles semblent impacter la facilité avec laquelle le système parents-enfant peut devenir un partenaire actif. Or nous avons pu voir qu'il existe différentes modalités de démarche collaborative entre professionnels. Il semblerait alors que de plus riches interactions entre les acteurs du système institutionnel pourraient améliorer l'efficacité d'un système de soins. Pourraient-elles améliorer l'engagement du système parents-enfant ? En effet, nous identifions des similitudes entre les critères de la modalité la plus haute de l'engagement des parents de l'enfant dans les soins et les critères des modalités interprofessionnelle et transprofessionnelle : la définition du rôle des acteurs, le temps accordé au relationnel, la création d'une zone de compréhension commune, l'établissement d'un projet commun, la reconnaissance mutuelle des acteurs, le partage de connaissances et le partage du pouvoir décisionnel.

Enfin comme l'énonce l'approche systémique qui intègre le principe hologrammique, Les interactions entre les acteurs d'un système institutionnel d'un CAMSP auraient-elles tendance à refléter la relation ergothérapeute-parent(s)-enfant ?

Cette réflexion nous conduit à une question de recherche définie comme suit.

1.9. La question et l'objet de recherche

En considérant ses différentes modalités, comment la démarche collaborative établie entre les professionnels d'un CAMSP influence-t-elle l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie ?

Etude différentielle de l'influence des modalités de la démarche collaborative établie entre les professionnels d'un CAMSP sur l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie.

2. Matériel et Méthode

Cette partie présentera les modalités de la recherche effectuée pour ce travail de mémoire.

2.1. Objectifs de la recherche

L'objectif de notre recherche est de vérifier l'hypothèse de l'existence d'un lien de corrélation entre la démarche collaborative d'une équipe en CAMSP et l'engagement du système parent(s)-enfant dans la prise en charge en ergothérapie de ce dernier. Pour cela nous allons interroger des ergothérapeutes sur leur collaboration avec les autres professionnels de la santé et du social d'un CAMSP. Nous les interrogerons également sur leurs pratiques concernant l'engagement des parents et de l'enfant dans le suivi en ergothérapie.

2.2. Choix de la méthode

La question de recherche : « En considérant ses différentes modalités, comment la démarche collaborative établie entre les professionnels d'un CAMSP influence-t-elle l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie ? » interroge l'existence d'un lien de corrélation entre deux variables. De plus nous interrogeons la pratique des ergothérapeutes, ce qui nous renvoie à une méthode de recherche différentielle. Cette méthode décrite par Eymard [43] permet d'observer si la variabilité des sujets engendre des différences de comportements selon une logique de catégorisation. Elle permet également de généraliser ces observations. La variabilité des comportements des sujets sera étudiée selon différentes variables.

Le point de départ de notre recherche sera une hypothèse générale issue de la question de recherche. Pour la définir nous sommes appuyés sur la définition d'Albarello L [44] qui énonce qu'une hypothèse de recherche : « se présente généralement sous la forme d'une proposition à tester, proposition mettant généralement en relation différents types de variables : les variables indépendantes ou explicatives et les variables dépendantes (c'est à dire le fait social que l'on tente de mieux comprendre) ». Il convient alors d'identifier les variables de notre recherche pour formuler l'hypothèse générale.

2.3. Identification des variables

La méthode différentielle vise à identifier les interactions existantes entre différentes variables. Il existe deux types de variables, les variables indépendantes et les variables dépendantes. Selon Albarello L [44], la distinction entre ces deux types de variable dépend des relations d'influence établies entre elles. La variable indépendante a une influence hypothétique sur la variable dépendante. On recherche par quelles variables, la variable dépendante va être influencée.

En utilisant la matrice théorico-conceptuelle (Cf. Annexe 10 p87) nous avons pu identifier les variables de notre recherche. La variable indépendante (VI) est : la démarche collaborative établie entre l'ergothérapeute et les professionnels de la santé et du social du CAMSP. Elle est déclinée en trois modalités, la pluriprofessionnalité (Dcpp), l'interprofessionnalité (Dcip) et la transprofessionnalité (Dctp). Cette variable indépendante semble avoir une influence sur la variable dépendante (VD) : l'engagement du système parents-enfant dans le suivi en ergothérapie. Elle sera également déclinée en différentes modalités : l'information, la consultation, la collaboration et le partenariat.

2.4. Formulation et opérationnalisation des hypothèses de la recherche

Les variables peuvent être de différents types. La variable dépendante (VD) de notre recherche « l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie » est une variable intra-groupale. De plus elle est de type dimensionnel car elle se réfère au vécu de la relation d'engagement entre l'ergothérapeute et le système parent(s)-enfant. La variable indépendante (VI) « la démarche collaborative de l'équipe de professionnels de la santé et du social d'un CAMSP » est une variable intergroupe de type contextuel. Elle concerne en effet le contexte socio-professionnel, institutionnel dans lequel est inscrit la population cible. La matrice théorico-conceptuelle et la définition des variables nous permet de définir l'hypothèse générale de notre recherche. Elle sera confirmée ou infirmée à travers l'identification, au près de la population cible, des indicateurs qui seront étudiés grâce à un support individuel dont nous détaillerons la construction plus loin.

L'hypothèse générale de recherche sera formulée comme suit :

-Hypothèse théorique alternative, H1 : La modalité de la démarche collaborative établie entre les professionnels d'un CAMSP influence l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie.

Nous définissons également l'hypothèse nulle, qui énonce que nos variables ne sont pas liées :

H0 : La démarche collaborative établie entre professionnels d'un CAMSP n'influence pas l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie.

Pour pouvoir étudier l'hypothèse théorique il convient ensuite de l'opérationnaliser [44] :

Hypothèse opérationnalisée, Ho1 : Au plus la modalité de la démarche collaborative favorise les échanges entre professionnels et le partage d'activité (VI) au plus il y a d'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie (VD).

Hypothèse opérationnalisée, Ho2 : Les ergothérapeutes qui s'inscrivent dans une tendance de démarche collaborative « interprofessionnelle » ou « transprofessionnelle » ont également tendance à s'inscrire dans les modalités d'engagement du système parent(s)-enfant « collaboration » ou « partenariat ».

La recherche nous permettra également d'étudier des hypothèses théoriques secondaires qui sont apparues lors de la construction du dispositif. En considérant la variable « temps de présence de l'ergothérapeute au CAMSP » qui est de type contextuel et la variable « date d'obtention du diplôme de l'ergothérapeute » de type intergroupe, nous avons pu les énoncer comme suit :

-Hypothèse alternative H2 : Le temps de travail de l'ergothérapeute au CAMSP influence la démarche collaborative établie entre les professionnels du CAMSP.

-Hypothèse nulle H02 : Le temps de travail de l'ergothérapeute au CAMSP n'influence pas la démarche collaborative établie entre les professionnels du CAMSP.

-Hypothèse alternative H3 : Le temps de travail de l'ergothérapeute au CAMSP influence l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie.

-Hypothèse nulle H03 : Le temps de travail de l'ergothérapeute au CAMSP n'influence pas l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie.

-Hypothèse alternative H4 : La date d'obtention du diplôme d'Etat de l'ergothérapeute influence l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie.

-Hypothèse nulle H04 : La date d'obtention du diplôme d'Etat de l'ergothérapeute n'influence pas l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie.

-Hypothèse alternative H5 : La date d'obtention du diplôme d'Etat de l'ergothérapeute influence la démarche collaborative établie entre les membres de l'équipe d'un CAMSP.

-Hypothèse nulle H05 : La date d'obtention du diplôme d'Etat de l'ergothérapeute n'influence pas la démarche collaborative établie entre les membres de l'équipe d'un CAMSP.

Les hypothèses opérationnelles formulées à partir des hypothèses secondaires seront présentées dans le tableau suivant :

H2	Au plus le temps de présence de l'ergothérapeute au CAMSP (VI) augmente, au plus la démarche collaborative établie entre l'ergothérapeute et les professionnels du CAMSP favorise les échanges et le partage d'activité (VD).
	Un temps de travail de l'ergothérapeute supérieur ou égal à 50% au CAMSP (VI) favorise la mise en place d'une démarche collaborative de modalité interprofessionnelle ou transprofessionnelle (VD).
H3	L'augmentation du temps de travail de l'ergothérapeute au CAMSP (VI) favorise l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie (VD).
	Un temps de travail de l'ergothérapeute au CAMSP supérieur ou égal à 50% (VI) favorise l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie (VD).
H4	Plus la date d'obtention du diplôme d'Etat de l'ergothérapeute (VI) est récente plus l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie (VD) augmente.
	La réforme du diplôme d'état d'ergothérapie de juillet 2010 (VI) favorise l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie (VD).
H5	Plus la date d'obtention du diplôme d'Etat de l'ergothérapeute (VI) est récente plus l'ergothérapeute s'inscrit dans une démarche collaborative avec son équipe qui favorise les échanges et le partage d'activité (VD).

	La réforme du diplôme d'état d'ergothérapie de juillet 2010 (VI) favorise la mise en place entre l'ergothérapeute et son équipe d'une démarche collaborative de modalité interprofessionnelle ou transprofessionnelle.
--	--

Tableau 1 : Opérationnalisation des hypothèses secondaires de la recherche.

2.5. Choix de la population

La recherche s'est organisée de telle sorte que nous n'avons pas ciblé une pathologie particulière mais l'ensemble des pathologies congénitales et troubles développementaux en excluant les causes traumatiques. Nous avons en effet supposé que les enjeux du deuil n'étaient pas les mêmes lorsque la situation de handicap apparaissait brutalement ou était transitoire et/ou à distance de la naissance. De plus la revue de littérature ainsi que l'enquête exploratoire n'ont pas souligné la nécessité de cibler une pathologie. Néanmoins l'enquête exploratoire a mis en exergue les différences pouvant exister selon l'âge de l'enfant et le lieu d'exercice. C'est pourquoi nous avons recentré notre recherche sur les CAMSP qui sont des structures ouvertes d'accueil pour enfants âgée de 0 à 6 ans. La coopération avec les parents est un axe principal de l'action des CAMSP [45].

La recherche interrogera des ergothérapeutes exerçant au sein d'une équipe composée de différents professionnels en CAMSP. Pour définir clairement le choix de la population cible de cette recherche nous précisons les critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.

Critères d'inclusion :

- Ergothérapeute diplômée d'Etat travaillant depuis plus de 6 mois en CAMSP en France pour avoir suffisamment de recul sur les interactions entre les différents professionnels.
- Ergothérapeute de tout âge, nous considérons que l'expérience prévaut sur l'âge en ce qui concerne la maturité professionnelle.
- Ergothérapeute confronté à la problématique de l'engagement des parents dans leurs suivis.
- Ergothérapeute travaillant dans une équipe composée de différents professionnels.

Critères d'exclusion :

- Ergothérapeute ne travaillant pas en CAMSP

- Ergothérapeute exerçant depuis moins de 1 an dans le CAMSP.
- Ergothérapeute ne travaillant pas en lien avec les familles des enfants suivis.
- Ergothérapeute n'exerçant pas au sein d'une équipe professionnelle.

2.6. Construction de l'outil de recherche

Il sera développé ci-dessous la méthodologie utilisée pour la construction de l'outil de recueil de données.

2.6.1. Choix de L'ORD

Le questionnaire est l'outil retenu pour cette recherche. La question de recherche et la méthode de recherche différentielle orientent ce choix. Nous aurions pu utiliser l'observation mais le temps de réalisation de la recherche ainsi que la répartition géographique de notre échantillon ont induit le choix de l'outil de recueil de données. La méthode différentielle [43] fait appel à un grand nombre de données. Le questionnaire nous permet d'obtenir rapidement ces données grâce à ses modalités de passations. Il permet également à la population interrogée de décider à quel moment de la journée ils y répondront, le temps qu'ils y passeront et s'ils souhaitent y répondre en plusieurs fois. Cela n'est pas le cas pour les autres outils de recherche tels que l'observation ou l'entretien qui demandent à ce que les chercheurs et les sondés libèrent un temps spécifique pour leurs passations.

Les objectifs du questionnaire construit dans le cadre d'une méthode différentielle seront :

- Estimer la tendance majoritaire du type de démarche collaborative entre professionnels du sanitaire et du social dans lequel s'inscrit le travail en CAMSP des ergothérapeutes interrogés.
- Estimer la tendance majoritaire de la posture d'engagement du patient et de sa famille dans le suivi en ergothérapie des ergothérapeutes interrogés.
- Infirmer ou confirmer les hypothèses de recherche.

2.6.2. Anticipation des biais et stratégies d'atténuation

Nous nous attèlerons ici à identifier les biais qui peuvent impacter le résultat de la recherche dans le but de proposer des stratégies d'atténuation. La réalisation d'une enquête exploratoire préalable permet de mieux appréhender la limitation des biais pour cette recherche.

Tout d'abord nous pouvons être confronté à un biais cognitif puisque le temps de passation du questionnaire peut impacter la motivation de la population ciblée. Nous avons donc fixé le temps maximum de passation à 15 minutes. Nous évitons ainsi un biais méthodologique puisque ce temps nous permet tout de même d'obtenir les informations nécessaires à notre recherche. Le dispositif de recherche concourra notamment à évaluer avec certitude le temps de passation du questionnaire. Le choix du questionnaire nous permet de limiter la fixation du chercheur sur un objectif puisque contrairement aux autres dispositifs de recherche, le traitement des données par le chercheur se fait en aval de la phase de recueil.

Ensuite pour atténuer le biais de catégorisation nous analyserons les résultats sous la forme de diagramme d'influence faisant ressortir la tendance centrale. Les biais de subjectivité et de catégorisation seront également atténués par la possibilité de répondre « autre » dans les questions au cas où nous n'aurions pas envisagé une ou plusieurs possibilités. De plus un biais de subjectivité et un biais de désirabilité sociale peut apparaître dans la formulation des questions. Pour limiter ces biais, nous veillerons à rédiger l'ensemble des questions avec un ton neutre et nous assurerons l'anonymat des personnes interrogées. Néanmoins ce dernier point fait émerger un biais de sélection puisque nous ne pourrons pas vérifier leurs identités. Afin de s'assurer que les répondants correspondent aux critères d'inclusion nous collecterons soigneusement les adresses mail des ergothérapeutes intégrant notre échantillon. De plus les modalités d'envoi du questionnaire sont un biais, puisqu'il sera transmis par email. Nous veillerons donc à contacter les structures avant l'envoi du mail. Nous enverrons le mail en dehors des périodes de vacances scolaires comme cela avait été fait pour l'enquête exploratoire. Nous préciserons également que le questionnaire est individuel pour exclure l'effet de soumission au groupe. L'ensemble des biais seront également limités par le recueil de nombreuses données.

Enfin, pour atténuer le biais méthodologique et le biais de confirmation nous avons construit notre outil de recueil de données en utilisant une matrice de questionnement (Cf Annexe 11

p90). Il sera également soumis à une cohorte test à partir de laquelle nous recueillerons leur ressenti vis-à-vis de ce questionnaire.

2.6.3. Méthode d'échantillonnage

Pour établir l'échantillonnage de la population cible nous avons sélectionné une technique d'échantillonnage probabiliste systématisé. L'échantillonnage par grappe n'a pas été retenu puisque la répartition géographique de la population n'est pas assez homogène. Nous aurions également pu utiliser l'échantillonnage aléatoire simple mais cette méthode aurait été plus longue.

Chaque personne issue de la population mère a la même probabilité d'être sélectionnée. L'échantillon représente alors la population mère. Les 4 étapes pour réaliser un échantillonnage probabiliste systématisé [47] nous ont permis de définir l'échantillon de notre recherche (Cf. Annexe 12 p98). Au préalable, nous avons recensé la population mère en contactant l'ensemble des CAMSP et leurs annexes par téléphone en recroisant différentes bases de données à l'aide des sites internet d'Action Sociale, celui de l'ANECAMSP⁶ et du site FINESS⁷. Ensuite nous avons pu établir que nous solliciterons par mail 200 ergothérapeutes sur les 207 qui constituent notre population mère.

2.6.4. Construction de la matrice de questionnement

La catégorisation des pratiques entrainerait des biais trop importants, ainsi nous avons fait le choix de déterminer la tendance des ergothérapeutes à s'inscrire dans les différentes modalités de notre recherche. Pour pouvoir déterminer les tendances centrales de la pratique de l'ergothérapeute nous questionnerons sa pratique en lien avec les indicateurs relevés dans la partie opérationnalisation des variables. N'ayant pas trouvé d'outils de recueil de données déjà existants relatives à nos variables, nous allons construire un questionnaire en trois parties. La première partie du questionnaire nous permettra de repérer la tendance centrale de la démarche collaborative de l'ergothérapeute et de l'équipe de professionnels avec qui il travaille en CAMSP : pluriprofessionnalité, interprofessionnalité ou transprofessionnalité. La deuxième

⁶ Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Social Précoce

⁷ Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

partie du questionnaire aura pour objectif de repérer la tendance centrale de l'engagement du système parents-enfant dans le suivi en ergothérapie. Enfin la troisième partie nous permettra d'obtenir des données contextuelles sur les répondants et d'assurer la possibilité d'inclusion de ceux-ci dans la recherche. Pour s'assurer de la pertinence du questionnaire nous avons rédigé une matrice de questionnement (Cf. Annexe 11 p90) qui nous conduit à la formulation du questionnaire en tenant compte des biais explicités ci-dessus.

2.6.5. Choix des outils de traitements des données

La méthodologie de recherche sociologique de Martin [48] nous permet d'établir les étapes pour analyser les données d'un questionnaire :

La première étape de l'analyse consistera en une l'analyse quantitative des données en recourant aux statistiques descriptives. Pour chaque réponse, nous analyserons grâce au logiciel Excel®, Les tendances générales des ergothérapeutes concernant leurs démarches collaboratives et l'engagement avec le système parent(s)-enfant. Excel® permet un traitement et une présentation sous forme de graphique, de type radar, des données recueillies dans le cadre d'une méthode différentielle. Nous présenterons également les données descriptives recueillies en fin de questionnaire.

Les écrits du statisticien Haccoun R [49] nous ont permis de définir que nos hypothèses de recherche sollicitaient l'utilisation de deux outils d'analyses différents pour la deuxième partie :

-Le coefficient de corrélation par rang de Spearman qui permet d'identifier la présence ou non de lien de corrélation entre deux variables quantitatives. Nous appliquerons donc aux données recueillies le coefficient de corrélation de Spearman, noté ρ . Un lien de corrélation pourra être identifié si $-1 < \rho < 1$ est différent de 0. Plus ρ tendra vers 1 ou -1 plus le lien de corrélation sera important et inversement. Les calculs seront faits à la main, les résultats pourront ensuite être vérifiés avec la version anglaise gratuite de IBMSPSS®, le logiciel PSPP®. Enfin Les résultats pourront être présentés sous formes de nuages de points, s'ils sont significatifs.

-Le test de Khi 2 qui permet de repérer un lien de corrélation entre deux variables nominales. Pour cela nous construirons un tableau Khi 2 qui nous conduira à rejeter ou accepter les hypothèses nulles énoncées

2.6.6. Test du dispositif de recherche

Le test du dispositif de recherche nous permet de nous assurer de son accessibilité, de l'exactitude de l'estimation du temps de passation, de la clarté de la formulation des questions et de s'assurer qu'elles font appel à des réponses correspondant à leurs objectifs.

La cohorte test a été constituée de sept ergothérapeutes non sélectionnés lors de l'échantillonnage, d'un orthophoniste exerçant en CAMSP et d'un professeur des écoles. Ce test nous a permis d'améliorer la clarté de la formulation des différents énoncés, de modifier les modalités de réponses notamment pour la sélection de différents items qui ne fonctionnait pas, et de s'assurer de la pertinence de ce questionnaire pour les ergothérapeutes exerçant en CAMSP. Nous avons également pu confirmer la durée de passation du test qui n'a pas excédé 15 minutes. La vérification de la validité du dispositif nous permet de lancer la phase de transmission du questionnaire.

2.6.7. Organisation des conditions de recueil de données.

Après un premier contact au téléphone avec les CAMSP, le questionnaire est transmis par mail (Cf. annexe 13 p99) le Mardi 2 avril 2019. Cette date a été choisie en raison de la fermeture fréquente des CAMSP le lundi et de l'approche des vacances scolaires. En plus du questionnaire (Cf. Annexe 14 p101), nous précisons son objectif et le thème de la recherche. Nous expliciterons les différentes parties dont il se compose. Enfin nous stipulerons que les réponses sont et resteront anonymes et qu'aucun jugement de valeur ne sera porté. Nous rappellerons que la participation à l'étude est soumise à la condition qu'ils correspondent aux critères d'inclusion. Concernant le cadre législatif, nous nous assurerons du consentement des ergothérapeutes qui resteront libres de répondre ou non.

3. Résultat

Cette troisième partie aura pour objet la présentation des résultats de la recherche obtenus grâce à l'application de la méthode décrite précédemment.

3.1. Analyse descriptive des résultats

Sur les deux cent sept mails envoyés aux ergothérapeutes de notre échantillon nous avons reçu cinquante-cinq réponses. Le taux de participation est plus élevé qu'attendu puisqu'il est environ de 26,6%. Ce taux élevé pourrait indiquer un intérêt pour la thématique de recherche et il semble valider la méthode de diffusion sélectionnée. L'ensemble des réponses ont été accepté et donc analysé.

Les questions numérotées de 1 à 9 nous ont permises de déterminer la tendance des ergothérapeutes à s'inscrire dans les différentes modalités de démarche collaborative entre professionnels soit l'interprofessionnalité, la pluriprofessionnalité et la transprofessionnalité. Les questions 10 à 16 nous ont, elles, permises de déterminer la tendance, selon les réponses des ergothérapeutes, à s'inscrire dans les différentes modalités d'engagement avec le système parent(s)-enfant. Pour présenter les résultats obtenus aux questions 1 à 16 nous avons fait le choix de réaliser des graphiques de type radar qui mettent en exergue les tendances des ergothérapeutes à s'inscrire dans les différentes modalités de ces deux variables en fonction de leurs réponses aux différentes questions (Cf. Annexe 15 p102). Nous avons également synthétisé les données recueillies dans un tableau (Cf. Annexe 16 p124) pour présenter les profils des ergothérapeutes établis à partir de leurs réponses au questionnaire.

Il apparaît qu'aucun ergothérapeute n'a répondu s'inscrire dans une tendance majoritaire pluriprofessionnelle de la variable « démarche collaborative » contre 39 pour la tendance interprofessionnelle, 1 pour la tendance mixte interprofessionnelle/transprofessionnelle et 15 pour la tendance transprofessionnelle.

De plus les ergothérapeutes ont répondu s'inscrire davantage dans la tendance majoritaire de collaboration. En effet cette modalité représente les réponses de trente-quatre ergothérapeutes contre trois pour la tendance de la modalité information, trois pour la tendance de la modalité consultation et onze pour la tendance de la modalité Partenariat. Les tendances mixtes sont peu représentées dans cet échantillon.

Ainsi le profil le plus représenté par la population de l'échantillon est le profil interprofessionnelle/collaboration dans lequel s'inscrit vingt-cinq ergothérapeutes. Le profil interprofessionnel/information est représenté à trois reprises dans l'échantillon tout comme le profil interprofessionnel/consultation. Enfin cinq ergothérapeutes ont donné des réponses qui nous ont permis de définir qu'ils s'inscrivent dans le profil interprofessionnel/partenariat. Parmi les ergothérapeutes qui ont tendance à se placer dans une modalité de démarche collaborative

transprofessionnelle, huit s'inscrivent également dans la modalité collaboration et six dans la modalité partenariat.

La question 17 nous a permis d'identifier la date d'obtention du diplôme de l'ergothérapeute de l'échantillon (Cf. Annexe 17 p125) mais également de connaître le nombre d'ergothérapeutes diplômés avant et après la réforme de formation du Diplôme d'Etat d'ergothérapie du cinq juillet 2010.

Nombre d'ergothérapeutes ayant obtenu leur DE ⁸ avant la réforme de 2010	Nombre d'ergothérapeutes ayant obtenu leur DE après la réforme de 2010
33	22

Tableau 2 : Répartition des ergothérapeutes par rapport à leurs dates d'obtention de diplôme et à la réforme.

Vingt-trois ergothérapeute de l'échantillon ont obtenu leur diplôme entre 2010 et 2018 mais l'ergothérapeute ayant obtenu son diplôme en 2010 l'a eu avant la réforme qui n'est rentrée en application qu'en septembre 2010. On note que la majorité des ergothérapeutes de notre échantillon dit avoir obtenu leur diplôme avant 2010. Six ergothérapeutes de l'échantillon l'ont même eu avant 1990. La population est ensuite également répartie entre les années allant de 1990 à 1999 et les années de 2000 à 2009 qui comptabilisent respectivement treize réponses d'ergothérapeutes. La valeur médiane de cet échantillon est 2005 la répartition des réponses et donc symétrique autour de cette date.

La question 18 nous a informé sur le temps de présence des ergothérapeutes au CAMSP (Cf. Annexe 17 p125). Les données recueillies nous permettent de mettre en avant que la plupart des ergothérapeutes de notre échantillon, ont un temps de travail de 50% au CAMSP puisque ce sont quinze d'entre eux qui ont sélectionné cette réponse. La moyenne de l'échantillon est d'ailleurs de 51,82% de temps de travail en CAMSP. Quatorze ergothérapeutes ont répondu exercer dans un CAMSP avec un temps de travail supérieur à 90% ou à équivalence d'un temps plein. On note également que seize ergothérapeutes ont répondu avoir un temps de travail inférieur à 50%.

⁸ Diplôme d'Etat d'ergothérapie

Enfin la dernière question, la question 19 nous a apporté des informations sur le nombre de professions différentes représentées dans les CAMSP où les ergothérapeutes interrogés exercent. L'ensemble des ergothérapeutes, en accord avec nos critères de sélection, disent travailler dans une équipe où différentes professions du paramédical et du social sont représentés. Nous avons regroupé les résultats dans des graphiques présentés en annexe (Cf. Annexe 17 p125).

Les ergothérapeutes de notre échantillon nous ont indiqué exercer au sein d'un CAMSP ayant entre 6 à 16 professionnels de domaines d'exercices différents. Nous avons pu déterminer qu'il y a en moyenne 10,2 professions différentes représentées dans les 55 CAMSP de notre échantillon. La médiane de l'échantillon est de 10. La moyenne et la médiane étant très proche, on peut dire que la distribution des valeurs est symétrique et rassemblée autour de 10. Il a pu être recensé jusqu'à 28 professions différentes dont les représentants peuvent être amenés à former une équipe avec les ergothérapeutes.

Il apparaît que les 55 ergothérapeutes de notre échantillon doivent composer le plus fréquemment avec les représentants des professions suivantes : les psychomotriciens avec lesquels l'ensemble de notre échantillon dit travailler, vient ensuite les psychologues (53) puis les secrétaires et les orthophonistes (52), suivi des médecins pédiatres et des assistantes sociales (50) et enfin les kinésithérapeutes (43). Les ergothérapeutes nous indiquent également qu'il y a fréquemment des éducateurs spécialisés ou pour jeunes enfant dans les équipes des CAMSP. Nous remarquons que 14 ergothérapeutes de notre échantillon exercent avec au moins un autre ergothérapeute.

3.2. Présentation des résultats issus d'une analyse inférentielle

Pour les hypothèses opérationnalisées le nécessitant, nous avons utilisé le calcul de coefficient par rang de Spearman. Il nous permet de procéder à une analyse du lien de corrélation entre les variables de notre recherche. Le calcul du coefficient noté, ρ , de Spearman nécessite quatre étapes, explicitées par le statisticien Haccoun R [49], que nous avons appliquées à notre recherche (Cf. Annexe 18 p128). L'application de ce coefficient de corrélation de Spearman a été retranscrite dans un tableau d'analyse de résultats (Cf. Annexe 18 p128) grâce au logiciel Excel® puis vérifiée avec le logiciel PSPP®.

Dans un deuxième temps nous avons appliqué le test de Khi deux d'après la méthodologie présentée par Haccoun R [49]. Le test de khi deux nous permet de savoir s'il existe une relation statistiquement significative entre les deux variables des hypothèses énoncées précédemment ou si elles sont indépendantes l'une de l'autre.

Les tendances majoritaires des 55 ergothérapeutes interrogés ont été présentées précédemment dans un tableau. (Cf. Annexe 16 p124) Cela nous a permis de construire des tableaux de calculs du test de Khi deux (Cf. Annexe 19 p131) selon la méthodologie d'analyse statistique [49].

3.2.1. Résultats pour l'hypothèse Générale H1, « La modalité de la démarche collaborative établie entre les professionnels d'un CAMSP influence l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie » :

La valeur du coefficient de Spearman de 0,31578 pour $p=0,05$ (Cf. Annexe 18 p128) nous permet d'affirmer avec moins de 5% de risque de se tromper que le lien de corrélation observé entre ces deux variables n'est pas dû au hasard. Le lien de corrélation observé est positif et d'intensité moyenne. On peut alors affirmer que si l'ergothérapeute a un rang élevé pour la variable démarche collaborative, il aura tendance à avoir un rang élevé pour la variable engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie. Le nuage de point suivant illustre ce propos :

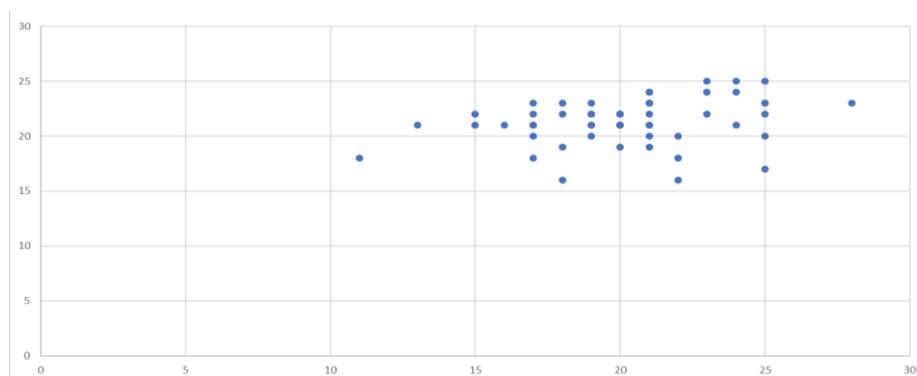


Figure 4 : Nuage de points représentant le classement obtenu par les ergothérapeutes pour les variables « démarche collaborative entre l'ergothérapeute et l'équipe du CAMSP » et « engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie »

Pour présenter ces résultats, nous pouvons faire appel au coefficient de détermination. Le coefficient de détermination indique le degré avec lequel la connaissance de la position relative de chacune des observations d'une variable nous renseigne sur la position relative de chacune

des observations de l'autre variable. Dans le cas de notre recherche le coefficient de détermination est de 9%.

Ainsi on peut dire que la connaissance du rang de l'ergothérapeute concernant la démarche collaborative établie entre les membres de l'équipe d'un CAMSP réduit l'incertitude sur le rang de l'engagement du système parent(s)-enfant de 9% avec une marge d'erreur de 5%

Néanmoins, les résultats du deuxième test (Cf. annexe 19 p131) ne nous permettent pas d'affirmer que les deux variables choisies ont une relation statistiquement significative. La taille des effectifs observés n'est pas significativement différente pour les diverses catégories. Les ergothérapeutes qui s'inscrivent dans les différentes modalités de la variable « démarche collaborative entre professionnels de l'équipe d'un CAMSP » n'ont pas tendance à s'inscrire dans une modalité particulière de la variable « engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie ». Il apparaît alors que la modalité de la démarche collaborative établie entre professionnels d'un CAMSP n'a pas d'influence statistiquement observable sur la modalité d'engagement du système parent(s)-enfant décrite par l'ergothérapeute dans ses suivis.

3.2.2. Résultats pour l'hypothèse H2, « Le temps de travail de l'ergothérapeute au CAMSP influence la démarche collaborative établie entre les professionnels du CAMSP » :

Pour le premier test, la valeur obtenue (Cf. Annexe 18 p128) n'est pas significative pour une marge d'erreur acceptable pour les recherches en sciences humaines. Ces résultats ne nous permettent pas de rejeter l'hypothèse nulle. Nous pouvons conclure que le rang du temps de travail de l'ergothérapeute ne nous informe pas sur le rang obtenu pour la variable de démarche collaborative établie entre les membres de l'équipe d'un CAMSP.

Pour aller plus loin nous avons pris en compte un temps de travail supérieur/égal ou inférieur à 50%. Nous avons ensuite étudié si les ergothérapeutes qui ont un temps de travail supérieur/égal à 50% ont tendance à se placer préférentiellement dans une modalité de la variable « démarche collaborative établie entre les membres de l'équipe du CAMSP » par rapport aux ergothérapeutes qui ont un temps de travail inférieur à 50%. Le résultat (Cf. Annexe 19 p131) ne nous permet pas de réfuter l'hypothèse nulle ainsi nous affirmons que :

Un temps de travail supérieur/égal ou inférieur à un mi-temps (50%) des ergothérapeutes en CAMSP n'influence pas leurs tendances à se placer dans les différentes modalités de démarche collaborative entre professionnels.

3.2.3. Résultats pour l'hypothèse H3, « Le temps de travail de l'ergothérapeute au CAMSP influence l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie » :

Le résultat obtenu pour l'étude d'un lien de corrélation (Cf. Annexe 18 p128) ne nous permet pas de conclure que le rang du temps de travail de l'ergothérapeute nous informe sur le rang obtenu par l'ergothérapeute concernant l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie. Ainsi une augmentation du temps de travail de l'ergothérapeute ne favorise pas, de manière statistiquement démontrable, l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie.

De plus il apparaît qu'il n'y a pas de différence entre les ergothérapeutes qui ont un temps de travail supérieur/égal ou inférieur à un mi-temps en CAMSP quant à leurs tendances à s'inscrire dans les différentes modalités de la variable « engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie » (Cf. Annexe 19 p131).

3.2.4. Résultats pour H4, « la date d'obtention du diplôme d'Etat de l'ergothérapeute en CAMSP influence l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie » :

Les résultats obtenus pour l'étude de l'hypothèse secondaire H4 avec le coefficient de corrélation de Spearman (Cf. Annexe 18 p128) et le test de Khi deux (Cf. Annexe 19 p131) n'étant pas significatifs ils nous permettent de dire que :

- Nous ne pouvons pas affirmer que le rang obtenu par l'ergothérapeute pour la variable « date d'obtention du diplôme d'Etat » nous informe sur le rang qu'il obtient pour la variable « engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie ». Un ergothérapeute ayant eu son diplôme récemment ne semble pas mettre en place une pratique qui favorise d'avantage l'engagement du système parent(s)-enfant dans ses suivis par rapport à un ergothérapeute ayant eu son diplôme il y a plus longtemps.

- Il n'y a pas de différence statistiquement observable entre les ergothérapeutes qui ont eu leurs diplômes avant ou après la réforme de 2010 quant à leurs tendances à s'inscrire des différentes

modalités de la variable « engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie ».

Pour cet échantillon et cette démarche de recherche, nous pouvons dire que la date d'obtention du diplôme des ergothérapeute en CAMSP n'influence pas la démarche collaborative établie entre les membres de l'équipe du CAMSP.

3.2.5. Résultat pour H5, « La date d'obtention du diplôme d'Etat de l'ergothérapeute influence la démarche collaborative établie entre les membres de l'équipe d'un CAMSP » :

Les résultats obtenus pour la première analyse ne sont pas significatifs (Cf. Annexe 18 p128). Nous ne pouvons pas affirmer que le rang obtenu par l'ergothérapeute concernant la date d'obtention de son diplôme nous informe sur le rang qu'il obtient pour la variable « démarche collaborative établie entre les membres de l'équipe du CAMSP ». Les ergothérapeutes ayant eu leurs diplômes récemment ne semblent pas plus établir avec son équipe une démarche collaborative favorisant les échanges et le partage d'acte que les ergothérapeutes ayant eu leurs diplômes il y a plus longtemps.

De plus il apparaît qu'il n'y a pas de différence entre les ergothérapeutes qui ont eu leurs diplômes avant ou après la réforme de 2010 quant à leurs tendances à s'inscrire dans les différentes modalités de la variable « démarche collaborative établie entre les membres de l'équipe du CAMSP » (Cf. Annexe 19 p131).

Nous affirmons que la date d'obtention du diplôme des ergothérapeute en CAMSP n'influence pas la démarche collaborative établie entre les membres de l'équipe du CAMSP.

4. Discussion

Nous nous attellerons dans cette partie à discuter les résultats présentés précédemment. De plus nous présenterons les réflexions issues d'une prise de recul par rapport à ce travail d'initiation à la recherche.

4.1. Interprétation des résultats

La revue de littérature et l'enquête exploratoire nous avaient orienté vers le fait que les ergothérapeutes n'agissent pas toujours seuls pour favoriser l'engagement des parents et de l'enfant dans le parcours de soin de ce dernier et notamment le suivi en ergothérapie. Les résultats obtenus suite à l'enquête auprès d'ergothérapeutes exerçant en CAMSP semblent mettre en avant que les démarches collaboratives favorisant les échanges et le partage d'actes entre l'ergothérapeute et son équipe influencent positivement l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie. Ainsi il pourrait alors être intéressant pour les ergothérapeutes souhaitant favoriser l'engagement des parents et des enfants dans leurs suivis de se pencher sur leurs interactions avec les professionnels de l'équipe du CAMSP. De plus la pratique pourrait se trouver améliorée par la multiplication d'actes réalisés avec d'autres professionnels auprès des parents. Néanmoins les résultats montrent que les ergothérapeutes qui s'inscrivent dans les modalités interprofessionnelle ou transprofessionnelle ne s'inscrivent pas préférentiellement dans les plus hautes modalités de l'engagement que sont la collaboration et le partenariat. Ces résultats qui apparaissent comme atypiques peuvent être dus à différents biais qui seront explicités plus tard mais ils démontrent que les recherches à ce sujet doivent continuer.

Nous avons pu voir que le temps est une composante essentielle à l'établissement d'interactions riches entre les ergothérapeutes, les autres professionnels, les parents et les enfants [18]. C'est pourquoi nous avons émis l'hypothèse que le temps de travail de l'ergothérapeute pouvait impacter sa pratique concernant la démarche collaborative établie entre celui-ci et les multiples professionnels d'un CAMSP et l'engagement du système parent(s)-enfant. Les données statistiques montrent qu'il ne semblerait pas y avoir de lien entre ces deux variables. Le croisement des données issues de l'analyse inférentielle et des données descriptives nous permet un enrichissement de la réflexion autour de ces résultats. Si la modalité de démarche collaborative ne s'en retrouve pas changée, de nombreux ergothérapeutes, lors de leurs réponses au questionnaire, ont indiqué ne pas avoir suffisamment de temps pour échanger avec les autres professionnels ou les parents. Ainsi, les politiques des institutions visant à favoriser les échanges entre leurs professionnels ou avec les parents doivent être soutenues.

Les résultats montrent que la date d'obtention des ergothérapeutes ne semble pas influencer la mise en pratique des notions de démarche collaborative et d'engagement du système parent(s)-enfant alors même qu'elles sont récentes [27-33]. Cela conforte les données que nous avons recueillies lors de l'enquête exploratoire. En effet, même si de nouvelles notions apparaissent

dans la littérature après la formation initiale des ergothérapeutes ceux-ci réalisent une veille professionnelle qui leur permet d'évaluer leurs pratiques et de les faire évoluer.

Alors même que les modalités interprofessionnalité et transprofessionnalité apparaissent comme plus compliquées à mettre en place en pratique [38], ce sont celles dans lesquelles les ergothérapeutes s'inscrivent le plus fréquemment. Ainsi il semblerait que les ergothérapeutes et les professionnels exerçant en CAMSP voient de réels avantages à se placer dans les modalités interprofessionnelle et transprofessionnelle. Les ergothérapeutes reconnaissent d'ailleurs tous l'importance que représente la collaboration avec leurs équipes mais soulignent la nécessité de temps dédié à cela.

Enfin La modalité d'engagement du système parent(s)-enfant la plus observée est la collaboration. Il apparait alors que la pratique des ergothérapeutes de l'échantillon s'inscrit dans une dynamique qui tend à répondre à la demande des parents d'être acteurs des suivis de leurs enfants [28]. L'évolution vers la modalité la plus haute, le partenariat, dépend de nombreux facteurs. Sa mise en pratique pourrait être favorisée par la rédaction d'écrits puisque les ergothérapeutes semblent s'en saisir. Mais le partenariat est aussi caractérisé par des actes réalisés à différents niveaux d'engagement or peu d'ergothérapeutes ont indiqué participer à des actions visant à promouvoir la participation active des parents en ce qui concerne la conception des soins, l'organisation du CAMSP ou encore la recherche et l'enseignement.

4.2. Discussion des résultats et critiques du dispositif de recherche

Les résultats de notre recherche sont issus du recueil de données auprès de 55 personnes sur une population mère de 207 personnes. L'échantillon a été réalisé de manière probabiliste mais il n'est pas assez conséquent pour nous permettre de généraliser les résultats. De plus, ce mémoire ne représente qu'une initiation à la recherche ainsi même si nous avons pu identifier et atténuer des biais méthodologiques il est probable que certains nous aient échappé. La relecture de ce mémoire par des personnes formées à la méthodologie de recherche et à l'analyse statistique, extérieures à la recherche, aurait pu nous permettre d'identifier ces biais.

L'analyse inférentielle de l'hypothèse générale H1 : « La démarche collaborative établie entre les professionnels d'un CAMSP influence l'engagement du système parent(s)-enfant dans le

suivi en ergothérapie » a permis de faire émerger un coefficient de corrélation par rang de Spearman d'une valeur de $\rho = 0,316$. C'est une corrélation positive d'intensité moyenne. En effet, un lien de corrélation important est 0,5 or celui que nous avons obtenu est en dessous mais correspond aux valeurs généralement retrouvées lors d'étude en sciences humaines. Ce résultat montre que le rang de l'ergothérapeute pour la variable « l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie » n'est pas déterminé à 81% par le rang obtenu à la variable « démarche collaborative entre les professionnels d'un CAMSP ». Les interactions entre les acteurs d'un système institutionnel d'un CAMSP semblent jouer un rôle dans la relation ergothérapeute-parent(s)-enfant mais ce rôle reste minime et la relation ergothérapeute-parent(s)-enfant dépend de multiples facteurs. De plus il apparaît important de souligner que les connaissances que nous avons pu acquérir ne nous permettent pas de prendre suffisamment de recul en ce qui concernent la partie analyse inférentielle de ce mémoire. Il convient de porter un regard critique sur l'ensemble des résultats obtenus.

Il est d'ailleurs nécessaire de revenir sur les résultats de test de Khi deux qui ne corroborent pas le lien de corrélation retrouvé précédemment. En effet les données recueillies lors de cette recherche ne nous permettent pas d'affirmer que la tendance des ergothérapeutes à s'inscrire dans une modalité de démarche collaborative établie avec les membres de l'équipe d'un CAMSP influence la tendance de celui-ci à s'inscrire dans une modalité particulière d'engagement du système parent(s)-enfant dans les suivis en ergothérapie. La divergence avec les résultats obtenus précédemment peut être expliquée par un biais d'interprétation malgré la relecture du dispositif par des personnes extérieures à la recherche. L'étude du lien de corrélation de notre recherche nous a conduit à considérer la notion de démarche collaborative comme un continuum. En nous basant sur le cadre théorique nous avons seulement pu établir que les modalités de démarche collaborative peuvent être classées par ordre croissant en ce qui concerne la quantité et la qualité des échanges entre les professionnels mais aussi en ce qui concerne la quantité des actes réalisés communément. Cela a pu constituer un biais puisque la notion de démarche collaborative intègre la complexité retrouvée dans toutes relations humaines qui ne peut être réduite aux éléments sélectionnés pour construire la recherche.

Nous pouvons également questionner la réalisation de l'échantillon puisque nous n'avons pas contrôlé de variables autre qu'une expérience de travail d'au moins 6 mois. Nous n'avons pas non plus identifié de variables parasites. Ainsi les résultats concernant l'influence du temps de travail semblent peu probants puisque l'échantillon comprend uniquement seize ergothérapeutes

ayant un temps de travail inférieur à un mi-temps et une majorité ayant un temps de travail équivalent à un mi-temps.

D'autre part l'étude des hypothèses de la recherche a nécessité que nous passions par une hypothèse de travail supposant que les données recueillies avec le questionnaire nous ont permis de faire un état des lieux de la pratique des ergothérapeutes. Or nous pouvons discuter la construction du questionnaire puisque le nombre de questions étant respectivement de neuf et de sept questions pour chaque notion, il a parfois été difficile de faire émerger une réelle tendance de pratique de l'ergothérapeute notamment entre les modalités que sont l'interprofessionnalité et la transprofessionnalité. Un questionnaire plus fourni aurait pu nous permettre de nous assurer plus précisément de ces tendances majoritaires. Il faut également noter que les ergothérapeutes de l'échantillon ont répondu aux questions en généralisant leur pratique. Or l'une des particularités des êtres humains est justement la complexité de ces interactions avec ces congénères. La pratique de l'ergothérapeute peut différer selon la famille et les professionnels avec lesquelles il travaille. De plus puisque les questions étaient posées par l'intermédiaire d'un écran nous ne pouvons pas nous assurer que l'ensemble des répondants ont bien compris les questions. Nous avons d'ailleurs pu repérer que la question 16 a pu être une source d'incompréhension. Nous avons également dû interpréter les réponses « Autre » des ergothérapeutes pour les catégoriser dans une des modalités des variables définies par la théorie. Des biais d'interprétation et de confirmation ont pu échapper aux différentes relectures.

Par ailleurs, le choix de l'outil de recherche s'est porté sur le questionnaire mais l'observation aurait également pu être couplée au questionnaire utilisé pour cette recherche en méthode différentielle. L'observation aurait pu nous permettre de ne pas nous baser uniquement sur les dires des ergothérapeutes. En effet, les discours des ergothérapeutes représentent le reflet de leurs pratiques mais peuvent différer de ce qui aurait été observé. Nous aurions ainsi pu, à partir des indicateurs de la matrice théorico-conceptuelle, établir des critères d'observation nous permettant de faire émerger les tendances centrales des pratiques de l'ergothérapeute en lien avec les variables de notre recherche.

Nous n'excluons pas non plus la possible existence d'un fossé entre les représentations des professionnels et celle des familles. Une prochaine recherche pourrait être réalisée auprès des ergothérapeutes mais également auprès des parents accompagnés de leurs enfants puisqu'ils sont au centre de nos interrogations.

La matrice théorico-conceptuelle a été construite à partir des connaissances scientifiques actuelles. L'accès que nous avons eu à ces connaissances a été limité par leur accessibilité et la durée de la recherche. Ces connaissances ne cessant de s'étendre et les pratiques évoluant de manière concomitante, le travail effectué pour ce mémoire ne représente qu'un état des lieux de la situation au moment de la recherche. Le cadre théorico-conceptuelle fait également l'objet d'un choix des chercheurs afin de présenter de manière synthétique les connaissances se rapportant au sujet d'étude. Un cadre théorique différent nous aurait permis d'ouvrir d'autres abords de recherche.

De plus, le cadre théorique nous a permis de mettre en exergue un certain nombre d'indicateurs pour lesquels nous avons questionné les ergothérapeutes de notre échantillon mais il en existe d'autres notamment intrinsèques aux parents et/ou aux enfant, non pris en compte pour cette étude.

Une méthode mixte aurait été intéressante pour cette recherche. En effet les hypothèses secondaires de recherche étudiant l'influence du temps de travail de l'ergothérapeute en CAMSP n'ont pas établi de lien statistiquement observable. Or les réponses des ergothérapeutes soulignent un manque de temps pour échanger avec les professionnels et les parents. Il semblerait que l'utilisation d'une méthode clinique aurait permis de mettre en exergue le ressenti des ergothérapeutes concernant l'influence qualitative de leur temps de travail sur la démarche collaborative établie avec l'équipe du CAMSP et sur l'engagement du système parent(s)-enfant dans leurs suivis.

4.3. Apports, intérêts et limites de la recherche

Les résultats de notre recherche montrent que les ergothérapeutes exerçant en CAMSP, ont tendance à se positionner plus fréquemment dans la modalité de démarche collaborative, interprofessionnalité, et dans la modalité d'engagement du système parent(s)-enfant, collaboration. Ces deux tendances montrent que les ergothérapeutes exerçant en CAMSP portent une attention particulière à ces deux notions du suivi en ergothérapie. Notre recherche pourrait permettre à ces ergothérapeutes de continuer à se questionner sur leurs pratiques puisque de nombreux apports à l'amélioration des interactions avec les parents sont non négligeables pour la pratique de l'ergothérapeute [1-8, 11-18].

Nous espérons que les résultats de notre recherche permettront en pratique de porter l'attention des institutions et des professionnels sur les interactions entre les professionnels d'un CAMSP afin d'améliorer les propositions d'accompagnement des parent(s) et des enfants. Les ergothérapeutes pourront se servir de ce mémoire comme point de départ pour la constitution d'une argumentation qui aura pour objet de valoriser leurs compétences en matière d'accompagnement des familles des enfants pris en charge par les institutions. Les ergothérapeutes pourront également souligner l'intérêt à ce que les autres professionnels soutiennent ces actions voire participent à leurs mises en œuvre.

Nous espérons également que le travail réalisé lors de cette initiation à la recherche pourra aider à la construction de nouveaux savoirs pour le lectorat comme cela a été le cas pour l'auteure. La revue de littérature et le cadre théorique constitués pour cette recherche peuvent également agir comme un tremplin pour faire émerger un réel désir de la part du lectorat et notamment des ergothérapeutes de réaliser des recherches approfondies de données scientifiques relatives aux thèmes abordés. Nous espérons d'ailleurs, à travers ce mémoire, avoir fait partager à notre lectorat l'envie de se lancer dans la recherche en sciences humaines.

La posture de chercheur présente des similitudes avec la posture adoptée par les ergothérapeutes dans le partenariat avec la famille et l'enfant. Elles nécessitent toutes deux un accompagnement sans a priori, une transparence du processus et une ouverture à l'autre.

Le travail d'équipe réalisé pour la réalisation de ce mémoire et l'étayage théorique des démarches collaboratives entre professionnels apportent des éléments qui renforcent la volonté de l'auteure d'exercer au sein d'une équipe composée de divers professionnels.

Nous souhaitons aborder les limites de cette recherche :

- la présence de biais qui n'ont pas pu être identifiés a priori.
- le temps imparti à cette recherche qui a orienté certains choix.
- l'errance rencontrée pour définir la population cible de la recherche (lieux d'exercice des ergothérapeutes, pathologies des enfants).
- L'exclusion des parents et des professionnels du dispositif de recherche. Notre recherche interrogeant les interactions entre deux entités, il aurait été intéressant de recueillir le témoignage de l'ensemble de ces entités.

-La taille de l'échantillon qui aurait amélioré la significativité des résultats en étant plus importante.

-L'exclusion des autres facteurs influençant l'engagement des patients et de leurs familles.

4.4 Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle

Le taux élevé de participation des ergothérapeutes semble indiquer un intérêt de leurs parts pour les recherches concernant l'engagement des parents et de l'enfant dans le suivi en ergothérapie. Plusieurs ergothérapeutes des deux échantillons nous ont indiqué souhaiter obtenir les résultats de cette recherche. De plus certains ergothérapeutes interrogés lors des enquêtes nous ont signalé des axes qu'il pourrait être intéressant d'explorer avec la recherche à partir de leur pratique. Cela semble établir un cadre propice pour de future recherche.

Les résultats obtenus avec la méthode que nous avons adoptée a pu mettre en avant que la date d'obtention du diplôme de l'ergothérapeute n'influencait pas sur sa tendance à se placer dans les différentes modalités de démarche collaborative entre professionnels ou dans les différentes modalités d'engagement parent(s)-enfant. Ainsi en pratique, l'ancienneté ou la récence de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute ne devrait pas représenter un critère de sélection pour un poste en CAMSP au regard de ces deux notions.

Notre recherche s'est concentrée sur l'étude de la population des ergothérapeutes exerçant en CAMSP mais l'ensemble des ergothérapeutes exerçant en structure d'accueil pour enfants et parents peuvent être confronté à la problématique de l'engagement de ceux-ci dans leurs suivis. L'ergothérapeute grâce à sa formation et sa vision holistique des personnes qu'il suit semble être un acteur privilégié pour questionner la place des parents dans le parcours de soins des enfants. Ainsi cette démarche s'inscrit dans la notion d'empowerment des patients qui s'étend à l'ensemble du domaine de la santé [28] avec la possibilité de l'élargir à l'entourage du patient. A travers la notion d'engagement, le but est de donner un sens à la rééducation pour les familles. On peut imaginer qu'un meilleur engagement des parents et de l'enfant dans le suivi en CAMSP soutenu par les différents professionnels, pourrait faciliter l'orientation des enfants à l'âge de 6 ans.

Enfin, convoquer l'approche systémique dans le cadre théorique nous a permis de mieux comprendre et d'étudier les interactions entre l'ergothérapeute, les professionnels, les parents et

les enfants dans le cadre de ce mémoire. L'auteure souhaiterait ainsi l'appliquer dans sa future pratique au vu des apports que cela pourrait avoir.

4.5. Perspectives de recherches

L'engagement des familles dans le parcours de soins de leurs enfants est un sujet vaste et il reste de nombreux aspects que nous n'avons pas pu explorer lors de cette recherche.

L'enquête exploratoire et notre cadre théorique nous ont poussé à nous centrer sur l'engagement du système parent(s)-enfant en excluant les autres membres de la famille. Néanmoins il serait intéressant d'étudier la manière dont s'inscrivent les autres membres de la famille dans les interactions avec les professionnels qui concourent au parcours de soins de l'enfant en situation de handicap.

L'engagement du système parent(s)-enfant pourrait également dépendre de la pathologie de l'enfant et/ou du vécu de la situation par les parents comme nous l'ont indiqué certains ergothérapeutes lors des enquêtes. On peut aussi se demander si le moment de la vie de l'enfant, où l'ergothérapeute intervient, influence la relation avec celui-ci ? Une recherche différentielle interrogeant plusieurs groupes de parents et enfants en fonction de ces variables, pourrait mettre en évidence ces liens de corrélation. Il apparaît également important de questionner le ressenti des parents.

Ce mémoire laisse en suspend la question des moyens mis en œuvre pour favoriser la coopération entre professionnels en CAMSP et ceux qui favorisent l'engagement des parents et de l'enfant. L'efficacité de ces différents moyens pourra être comparée lors d'une étude. On peut se questionner sur les intérêts des groupes animés par plusieurs professionnels à destination des enfants mais aussi des parents déjà mis en place dans certains CAMSP. Ces groupes permettraient-ils aux professionnels de mieux recevoir les angoisses, doutes, questions des parents ?

Un autre versant que nous n'avons pas abordé concerne les parcours scolaires de l'enfant, en effet, on pourrait analyser l'influence du parcours scolaire de l'enfant sur l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie. En transposant la méthode de cette recherche, il pourrait être intéressant d'étudier les interactions entre le système institutionnel dont fait partie l'ergothérapeute, le système familial et le système scolaire de l'enfant.

Comme nous l'avons présenté notre recherche a été limitée dans l'étude de la variable « temps de travail ». Ainsi un approfondissement de l'étude de cette variable de façon quantitative mais également qualitative pourrait démontrer ou non l'intérêt de créer des postes avec un minimum de 50% en CAMSP pour les ergothérapeutes.

De futures recherches pourraient également se concentrer sur l'étude de l'entrée en résilience des ergothérapeutes et l'évolution qu'ils donnent à leurs pratiques en fonction de l'évolution des savoirs théoriques. En effet, l'année d'obtention du diplôme n'influence pas la pratique des ergothérapeutes concernant la notion d'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie alors même que cette notion est récente. Cela nous conduit à nous interroger sur les qualités et compétences mobilisées par les ergothérapeutes pour réaliser une veille professionnelle. On peut se demander si les ergothérapeutes font appel à des savoirs théoriques, expérientiels ou mixte pour faire évoluer leur pratique. La facilité de la mise en pratique de ces notions dépendrait-elle de la modalité d'apprentissage utilisée par l'ergothérapeute ?

Pour terminer, notre recherche a mis en avant le fait que l'ergothérapeute exerçait au sein des CAMSP avec de multiples professionnels. Néanmoins nous avons peu pris en compte cette donnée, il pourrait être intéressant de s'attarder sur celle-ci au vu de l'évolution des formations médicales et paramédicales qui tendent à mutualiser les enseignements. Y aurait-il des représentants de professions avec lesquels l'ergothérapeute a plus de facilité à établir de riches interactions ? L'ergothérapeute en CAMSP réalise-t-il d'avantage d'actes auprès des parents en collaboration avec un professionnel en particulier ?

Bibliographie :

- [1] Association Nationale Française des Ergothérapeute. L'ergothérapie aujourd'hui en France : 10 propositions pour une réponse adaptée aux besoins de santé de la population française. Vol. 6. Mars 2017, p.40.
- [2] Alexandre A, Lefèvre G, Palu M, Vauvillé B. Ergothérapie en pédiatrie. Marseille : Solal ; 2010 : 459p.
- [3] L'ergothérapie : la profession, lieux d'exercice. [En ligne]. <https://www.anfe.fr/lieux-d-exercice>. Consulté le 30 août 2018.
- [4] WFOT. About occupational therapy. Mis à jour en 2012. [En ligne]. <https://wfot.org/about-occupational-therapy>. Consulté le 17 septembre 2018.
- [5] Référentiel d'activité ergothérapie selon l'arrêté du 05 juillet 2010. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668categorieLien=id>. Consulté le 28 novembre 2017.
- [6] Haute Autorité de Santé. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé : Certification V2010. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf. Consulté le 7 septembre 2018.
- [7] DeGrace B. « Occupation-Based and Family-Centered Care: A Challenge for Current Practice », The American Journal of Occupational Therapy, vol. 57, no 3, 2003, p.347-350.
- [8] La survie des enfants grands prématurés en France s'améliore : premiers résultats de l'étude EPIPAGE 2. [En ligne]. <https://presse.inserm.fr/la-survie-des-enfants-grands-prematures-en-france-sameliore-premiers-resultats-de-letude-epipage-2/17643/>. Consulté le 1 septembre 2018.
- [9] République Française. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF n°36 du 12 février 2005. p.2353.
- [10] Proportion d'élèves handicapés parmi les élèves de premier ou second degré, pour l'année scolaire 2015-2016. [En ligne]. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>. Consulté le 20 septembre 2018.
- [11] Pourquoi agir tôt ? Le diagnostic précoce. [En ligne]. <http://anecamsp.org/vous-aider-les-camp/enfant-pourquoi-agir-tot/>. Consulté le 23 juin 2018.
- [12] Gagnon M et Farley-Chevrier F. Guide de la recherche documentaire. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal; 2004 :111p.

- [13] Gail L, MacKean D, Wilfreda E, Thurston D et Catherine M. Scott PhD. Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centred care. *Health Expectation*. 2004 ; 8 (1) : 74-85 [En ligne]. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1369-7625.2005.00319.x>. Consulté le 10 octobre 2018
- [14] Kruijsen-Terpstra A J A, Ketelaar M, Boeije H, Jongmans M J, Gorter J W, Verheijden J, Lindeman E et Verschuren O. Parent's experiences with physical and occupational therapy for their young child with cerebral palsy : a mixed studies review. *CHILD*. 2013; 788-796 [En ligne]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422216300336>. Consulté le 18 mai 2018.
- [15] Dell'armi M, Kruck J, Afzali M H et Rogé B. Adaptation et validation française du « family needs questionnaire » : évaluation des besoins familiaux des parents d'enfants avec des troubles du spectre de l'autisme. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2016; 26: 150-161 [En ligne]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1155170416300520>. Consulté le 10 juin 2018.
- [16] MacGregor T L, James H E, Everett L et Childers Jr D O. Pediatric Neurosurgery Patients Need More than a Pediatric Neurosurgeon. Part II. A Clinical Report: In the USA Lack of Parent/Caregiver Compliance Interferes with the Patient Care Sequence. *Pediatric Neurosurgery*. Atlanta : 2016 ; 51 (5) : 229-235 [En ligne]. <https://www.karger.com/Article/Abstract/445897>. Consulté le 10 juin 2018.
- [17] Missiuna C, Moll S, Law M, King S et King G. Mysteries and mazes:Parents' experiences of children with developmental coordination disorder. *Sage journals*. 2006 ; 73 (1) : 7-17 [En ligne]. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2182/cjot.05.0010>. Consulté le 10 juin 2018.
- [18] Tétreault S, Beaulieu J, Martin G, Bedard J et Laurion S. Utilisation du temps : réalité des parents vivant avec un enfant ayant une déficience motrice », *Journal canadien d'ergothérapie*, 2000 ; 67 : 260-270 [En ligne]. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000841740006700408>. Consulté le 10 juin 2018.
- [19] Kaiser M, Braun M et Rhyner C. Utilisation de la MCRO auprès des enfants et de leurs parents : une expérience suisse. *Journal canadien d'ergothérapie*. 2005 ; 72 (1) : 30-36 [En ligne]. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000841740507200108>. Consulté le 11 juin 2018.
- [20] Centre National de ressources textuelles et lexicales. Définition de sociologie. [En ligne]. <http://www.cnrtl.fr/definition/sociologie>. Consulté le 5 janvier 2019.
- [21] Larousse. Définition de psychosociologie. [En ligne]. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychosociologie/6488>. Consulté le 5 janvier 2019.

- [22] Donnadiou G, Durand D, Neel D, Nunez E et Saint-Paul L. Synthèse des travaux du Groupe AFSCET : Diffusion de la pensée systémique. 2003. [En ligne]. <http://www.afscet.asso.fr/SystemicApproach.pdf>. Consulté le 16 janvier 2019 ;
- [23] Morin E. La complexité humaine. Paris : Flammarion ; 2008 : 380p.
- [24] Aït-Abdelmalek A. Edgar morin, sociologue et théoricien de la complexité : des cultures nationales à la civilisation européenne. Sociétés. 2004 ; 4 (86) : 99-116. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-societes-2004-4-page-99.htm>. Consulté le 26 décembre 2018.
- [25] Bouteau A. L'approche systémique peut-elle aider à appréhender la complexité de l'évaluation des politiques publiques ? Millénaire 3. 2015. [En ligne]. <https://www.millenaire3.com/ressources/l-approche-systemique-peut-elle-aider-a-apprehender-la-complexite-de-l-evaluation-des-politiques-publiques>. Consulté le 26 décembre 2018.
- [26] Caire J-M et Morel-Bracq M-C. Chapitre 1 : Modèles généraux interprofessionnels. In : Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie. 2^e édition. Paris : De Boeck Supérieur ; 2017 : 13-50.
- [27] Carman K, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement : a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Aff (Millwood). 2013 ; 32 (2) : 223-231. [En ligne]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381514>. Consulté le 12 janvier 2019.
- [28] Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, Débarges B, Clavel N et Jouet E. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé publique. 2015 ; HS (S1) : 41-50. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm?contenu=bibliographie>. Consulté le 12 janvier 2019.
- [29] Bouchard J M et Kalubi JC. Partenariat et recherche de transparence : des stratégies pour y parvenir. Informations sociales. 2006 ; 133 : 50-57.
- [30] Pelchat D et Lefebvre H. Apprendre ensemble. Le PRIFAM, Programme d'Intervention interdisciplinaire et familiale. Montréal : Chenelière Education ; 2005 : 196p.
- [31] Centre national de recherches textuelles et lexicales. Définition discipline. [En ligne]. <http://www.cnrtl.fr/definition/discipline>. Consulté le 10 janvier 2018.
- [32] Hamel J. Réflexions Sur L'interdisciplinarité à partir de Foucault, Serres et Granger. Revue européenne des sciences sociales. 1995 ; 100 : 191-205.
- [33] Robidoux M et al. Ecole en chantier, cadre de référence : la collaboration interprofessionnelle « oser construire ensemble ». Document de travail. Université de Sherbrooke ; juin 2007 : 25p. [En ligne]. <https://www.usherbrooke.ca/ecole->

enchantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf .
Consulté le 11 février 2019.

[34] Valentin C et Valentin J. Déontologie : code éthique World federation of occupational therapist. ANFE. 2004. [En ligne]. <https://www.anfe.fr/deontologie>. Consulté le 11 janvier 2019.

[35] La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS). Définition pluriprofessionnalité. In : Définition et législation : lexique. [En ligne]. <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/lexique/>. Consulté le 15 janvier 2019.

[36] D'Amour A. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Thèse de doctorat en santé publique. Université de Montréal ; 1997 : 163p. [En ligne] https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf. Consulté le 11 février 2019.

[37] Fournier M. Interdisciplinarité. In : Fournier M., Jovic J. Les concepts en sciences infirmières. 2e édition. Paris : ARSI ; 2012 : 210-211.

[38] Dr Fauqueret B, Dr Drielsma P et Prévost M. Pluri-, multi-, inter-, trans- ou interdisciplinarité ? Santé conjugée. 2016 ; 74 : 35-40.

[39] Caire J-M. Le rôle du cadre dans une perspective transprofessionnelle. ErgOThérapies. 2002 ; 7 : 37-44. Seuil, collection « Points » ; 1982 : 124-129.

[40] Le Boterf G. Construire les compétences collectives. Paris : Librairie Eyrolles ; 2018 : 224 p.

[41] Henneman E A, Lee J-L et Cohen J-I. Collaboration : a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. Wiley : 1995 ; 1095 (21) : 103-109. [En ligne] <https://onlinelibrary-wileycom.lama.univ-amu.fr/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x> . Consulté le 11 février 2019.

[42] Mariano C. 1989. The case for interdisciplinary collaboration. Nursing Outlook. New york : 1989 : 285-288. [En ligne]. https://openlibrary.org/books/OL22175723M/The_Case_for_Interdisciplinary_Collaboration_by_Carla_Mariano. Consulté le 11 février 2019.

[43] Eymard C, Thuillier O et Vial M. Le travail de fin d'études, s'initier à la recherche en soins et en santé. Ruel-Malmaison : Lamarre ; 2004 : 151p.

[44] Albarello L. Méthode en science humaine : Apprendre à chercher. 4^{ème} édition. Paris : De Boeck Supérieur ; 2012 : 181p.

[45] Association National des Equipes Contribuant à l'Action Médico Sociale Précoce. Les CAMSP. Mise à jour 2018. [En ligne]. <http://anecamsp.org/vous-aider-les-camp/>. Consulté le 28 janvier 2019.

[46] Les fiches du CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information, n°62. Mise en ligne avril 2014. [En ligne]. <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matiere-de-a1113.html>. Consulté le 04 février 2019.

[47] Desabie J. Méthodes empiriques d'échantillonnage. Revue de statistique appliquée. 1963 ; 11 (1) : 5-24. [En ligne]. http://www.numdam.org/article/RSA_1963__11_1_5_0.pdf. Consulté le 28 mars 2019.

[48] Martin O. L'analyse de données quantitatives : l'enquête et ses méthodes. Paris : Armand Colin; 2005, 126 p.

[49] Haccoun R R et Cousineau D. Statistiques : concepts et applications. 2^{ème} édition. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal ; 2010 : 456p.

Sommaire des annexes :

<u>Annexe 1 : Référentiel d'activité en ergothérapie.....</u>	66
<u>Annexe 2 : Tableau de sélection des articles de la revue de littérature.....</u>	67
<u>Annexe 3 : Tableau récapitulatif des articles de la revue de littérature.....</u>	68
<u>Annexe 4 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire.....</u>	71
<u>Annexe 5 : Outils de recueil de données de l'enquête exploratoire.....</u>	74
<u>Annexe 6 : Données brut de l'enquête exploratoire sous forme de tableau Excel.....</u>	76
<u>Annexe 7 : Schéma du système institution-parent(s)-enfant.....</u>	84
<u>Annexe 8 : Schéma du « continuum de l'engagement » de Carman K. et al. [27].....</u>	85
<u>Annexe 9 : Schéma du « Montréal model » de Vanier LC. et al. [28].....</u>	86
<u>Annexe 10 : Matrice théorico-conceptuelle.....</u>	87
<u>Annexe 11 : Matrice de questionnement de la recherche.....</u>	90
<u>Annexe 12 : Méthode d'échantillonnage de la recherche.....</u>	98
<u>Annexe 13 : Mail envoyé aux ergothérapeutes de l'échantillon.....</u>	99
<u>Annexe 14 : Présentation du questionnaire de recherche.....</u>	100
<u>Annexe 15 : Données brutes de l'enquête questions 1 à 16.....</u>	102
<u>Annexe 16 : Tableau de synthèse des tendances des ergothérapeutes interrogés.....</u>	124
<u>Annexe 17 : Présentation des données brutes de la recherche questions 17 à 19.....</u>	125
<u>Annexe 18 : Application du lien de corrélation par rang de Spearman.....</u>	128
<u>Annexe 19 : Présentation des calculs du test de Khi deux.....</u>	131

Annexe 1 : Référentiel d'activité en ergothérapie : IV - Conseil, éducation, prévention et expertise vis à vis d'une ou de plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions

Écoute de la personne et de son entourage

- Entretien de suivi de la personne en lien avec sa famille, son entourage et le cas échéant l'équipe thérapeutique
- Entretien de soutien de la personne et de son entourage

Information et conseil en direction d'une personne ou d'un groupe de personnes

- Information et/ou sensibilisation sur la prévention des risques et les problématiques de santé liées à l'activité ou la non-activité
- Vérification de la compréhension des informations sur les notions d'activité et d'autonomie...
- Information et conseil à destination de la personne ou du groupe et de son entourage en fonction des périodes de la vie, des transitions dans la trajectoire de vie et du contexte (famille, amis, personnes ressources dans l'environnement, milieu scolaire, professionnel, loisirs...)
- Information et conseil sur le mode de vie et les activités en rapport avec les capacités et les potentialités de la personne ou du groupe
- Information et conseil en matière d'aides techniques, d'assistances technologiques ou d'aides humaines ou animalières

Conseils et éducation en prévention primaire, secondaire ou tertiaire

- information et conseils auprès de personnes ou de groupes de personnes sur le rôle des activités dans la prévention et la promotion de la santé
- Information sur les troubles fonctionnels (musculosquelettique, équilibre, respiration, dus au stress...) et des facteurs de risque en santé en lien avec l'activité et conseils
- Propositions d'adaptation de l'environnement pour le maintien et le retour à l'activité
- Conseils, démonstrations et essais pour une bonne gestion des aides techniques
- Conseils, démonstrations et essais sur les gestes et postures et l'économie gestuelle
- Conseils à visée ergonomique

Expertise en direction de structures et d'entreprises

- Conseil et expertise auprès des institutions médico-sociales, judiciaires, entreprises ou autres
- Conseil dans les stratégies d'aménagement des aires de mobilité et d'activité
- Conseil d'amélioration des environnements pour faciliter les actes de la vie quotidienne et diminuer le risque de chute
- Présentation dans des entreprises ou instances des indicateurs de qualité dans le domaine de l'activité et de la santé

Annexe 2 : Tableau de sélection des articles de la revue de littérature

Mots-clés	Base de données	Sélection par le texte	Sélection par résumé	Sélection par le titre	Sélection par l'accès
Famille ou parents et collaboration et Ergothérapie*	Scencedirect	85	54	2	2
	EM premium	302	6	1	0
	Cairn	598	22	2	0
	Pubmed	356	12	1	1
Occupational therap* and parents or family and collaboration	Sage Journals	18	4	3	3
	Karger	77	7	1	1
	Pubmed	43	1	0	0
	OTseeker	7	3	0	0

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des articles de la revue de littérature

Sources	Thème/objet et traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
1. Science direct	Vécus des prises en charge en ergothérapie et en kinésithérapie des parents ayant des enfants paralysés cérébraux	Analyse d'études quantitatives et qualitatives	Parents ayant des enfants paralysés cérébraux ayant entre 0 et 18 ans	Le modèle « Best fit » d'Arango	Science médicale	Vision holistique de l'expérience vécue par ces parents et les facteurs les influençant	Comment évaluer le ressenti des parents ?
2. Sciences direct	Les besoins des parents d'enfants TSA	Quantitative	270 parents français (241 mères et 29 pères)	Approche centrée sur la famille, le FNQ	Science médicale Science sociale Santé publique	Validation du FNQ évaluant les besoins des parents d'enfant TSA en France	Les services à mettre en place ?
3. SAGE	La MCRO auprès d'enfants IMC et leurs parents.	Descriptive et exploratoire	33 enfants IMC (11 filles, 22 garçons) et leurs parents suisses	MCRO	Science médicale	La participation des enfants ne doit pas pâtir de l'intégration des parents dans la prise en charge.	N'existe-t-il pas un support spécifique pour guider l'entretien avec les parents ?

4. SAGE	La gestion du temps des parents ayant un enfant en situation de handicap	Quantitative et Qualitative	244 Parents québécois d'enfant ayant une déficience motrice et âgé de 0 à 17 ans.	Approche centrée sur la famille	Science médicale Santé publique	Le manque de temps est alors en frein à l'intervention des différents thérapeutes auprès de l'enfants mais aussi à l'implication des parents dans sa prise en charge.	Dans quelles mesures solliciter les parents dans le cadre de la prise en charge de leurs enfants en ergothérapie ?
5. Karger	Les facteurs améliorant les résultats post-opération d'enfant	Etude longitudinale de patients sur 4 ans.	71 enfants dont 47 garçons et 24 filles (3-12 ans) opérés par un neurochirurgien	Interdisciplinarité	Science médicale	Les parents ne vont pas toujours jusqu'au bout de la prise en charge en ergothérapie pour leurs enfants.	En France, est-ce qu'il y a des effets négatifs sur la prise en charge d'un enfant quand l'approche n'est pas centrée sur la famille ?
6. SAGE	La perspective des parents sur la gestion des situations de handicap de leur enfant	Qualitative et phénoménologique	13 parents d'enfants atteints de TAC au Canada	Approche centrée sur la famille	Science médicale	Les parents permettent au thérapeute d'éclairer les enjeux de la situation et de l'environnement des familles avec un enfant atteint de TAC.	Pourquoi il y a un tel décalage entre la théorie et la pratique ?
7. Pubmed	Le fossé entre les familles et les	Qualitative	37 parents d'enfants ayant des troubles	Approche centrée sur la famille	Science médicale, sociales	L'approche centrée sur la famille ne doit pas être	Comment mettre en place en pratique

	professionnels de la santé		développement et 16 soignants dans un hôpital canadien			un transfert de responsabilité aux parents mais doit se traduire par de réels échanges et un partage de décision.	une collaboration avec les parents qui soit satisfaisante pour les deux parties ?
--	----------------------------	--	--	--	--	---	---

Annexe 4 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

Numérotation de la question	Variables	Indicateurs	Sous indicateurs	Modalités de réponse	Objectif
1	La place de la famille dans les prises en charge en ergothérapie	L'importance pour les thérapeutes de la famille		Question ouverte	L'importance donnée à la famille dans la pratique des ergothérapeutes/ Evaluer l'intérêt de mon sujet pour la pratique.
2	Modalités de rencontre avec les parents	Le moyen de communication		Question semi-ouverte(avec la fréquence d'utilisation de chacun)	Avoir un état des lieux des modalités de rencontre au regard de leur fréquences
3		Les personnes présentes lors des rencontres	Les membres de la famille	Question semi-ouverte	Comparer la place des membres de la famille évoquée dans la revue de littérature
4			D'autres professionnels	Question fermée oui/non Et question ouverte	Connaitre la part de travail d'équipe réalisée par les ergothérapeutes autour de l'implication des parents
5		Les moments de rencontres avec les parents	Phase du processus de prise en charge	Question semi-ouverte	Savoir si les échanges avec les parents sont constants tout au long du processus d'intervention
6		Le but dans lequel sont réalisées ces rencontres	Besoins des familles	Question semi-ouverte	Comparer les besoins des familles en théorie et ceux identifiés par les ergothérapeutes de l'échantillon
7			Satisfaction de l'ergo par	Le degré de satisfaction	Echelle allant de

		rapport à ses rencontres		satisfait à pas satisfait	aux ergothérapeutes
			Pourquoi ?	Ouverte	Connaitre le ressenti sur les rencontre parents-ergo (entraves ou bénéfiques)
8	Place de la famille dans la prise en charge en ergo	Intérêt d'intégrer la famille		Question ouverte	Savoir si les ergothérapeutes ont pu identifier des avantages à l'intégration de la famille comme cela est indiqué dans la revue de littérature
9	Place de la famille dans la prise en charge en ergo	Frein a l'intégration de la famille		Question ouverte	Pourquoi l'implication de la famille n'est pas systématique comme cela était indiqué dans la revue de littérature
10	Utilisation de l'approche centrée sur la famille	Connaissance de l'approche	Théorique	Question fermée oui/non,	Comparer les recommandations de bonnes pratiques et la pratique
		Modalité d'apprentissage	Démarche personnelle ou apprentissage dans le cadre d'une formation	Question semi-ouverte	Connaitre l'influence de la date de formation sur le regard porté à l'implication de la famille
11		Mise en pratique de l'approche	Etat des lieux de la pratique	Question semi-ouverte	Comparer l'utilisation théorique de l'approche avec sa mise en pratique
12			Explicitation du choix d'une approche	Question ouverte	Connaitre les facteurs influençant la mise en pratique ou non de l'approche

13	Facteurs intrinsèques de la population ciblée	Année de diplôme		Question semi-ouverte	Savoir s'il y a un lien entre l'approche adoptée par les ergothérapeutes dans la relation avec la famille et la formation initiale
14		Lieux d'exercice		Question semi-ouverte	Savoir si le lieu d'exercice a une influence sur les autres variables

Annexe 5 : Outils de recueil de données de l'enquête exploratoire

L'intégration de la famille dans la prise en charge d'enfants en ergothérapie.

« Bonjour,

Je m'appelle Anaïs Giraudier et je suis actuellement en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Marseille. Je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'implication de la famille dans la prise en charge en ergothérapie d'enfants ayant une pathologie congénitale ou un trouble développemental. Ainsi l'objectif de ce questionnaire est de recueillir des données sur la pratique professionnelle et de recentrer mon objet de recherche. Ce questionnaire anonyme se compose de 15 questions et peut être complété en 10 minutes environ.

Il s'adresse à des ergothérapeutes travaillant avec des enfants ayant une pathologie congénitale ou un trouble développemental qui induit une situation de handicap.

Pré-requis : Pour clarifier ce thème, il convient de définir ce qu'est une famille. La famille est un système dynamique composé de personnes partageant la même histoire et le même futur.

Merci pour vos réponses ! Elles seront prises en compte jusqu'au 22 novembre 2018. »

- 1) Est-ce important pour vous de rencontrer la famille d'un enfant que vous prenez en charge en ergothérapie ?
- 2) Comment rentrez-vous en relation avec la famille de l'enfants pris en charge en ergothérapie ? -en séance sans l'enfant -en séance avec l'enfant -au téléphone -quand un membre de la famille emmène l'enfant en séance -lors de visite à domicile -lors d'intervention sur le lieu de scolarisation de l'enfant -par écrit -autres (avec la fréquence pour chaque moyen)
- 3) Quels sont les membre de la famille des enfants que vous rencontrez ?-Père -mère -les grands parents -les frères et sœur -un tuteur légal -un autre membre de la famille (avec la fréquence pour chaque proposition)
- 4) Rencontrez-vous les membres de la famille de l'enfant avec d'autres professionnels ?
-oui -non
Pourquoi ?
- 5) A quel moment de la prise en charge rencontrez-vous la famille ? - Lors de l'évaluation initiale – lors de la planification de la prise en charge -lors de la mise en œuvre des séances – lors de la réévaluation du suivi -lors de séance avec l'enfant -lors de synthèse avec différents professionnels -autre
- 6) Dans quel but communiquez-vous avec la famille de l'enfant ?
- 7) Etes-vous satisfait de la communication établie avec la famille de l'enfant ? -satisfait -plutôt satisfait -un peu satisfait -pas satisfait
Pourquoi ?
- 8) Selon vous quels peuvent-être les freins à l'implication de la famille dans la prise en charge de leurs enfants ?

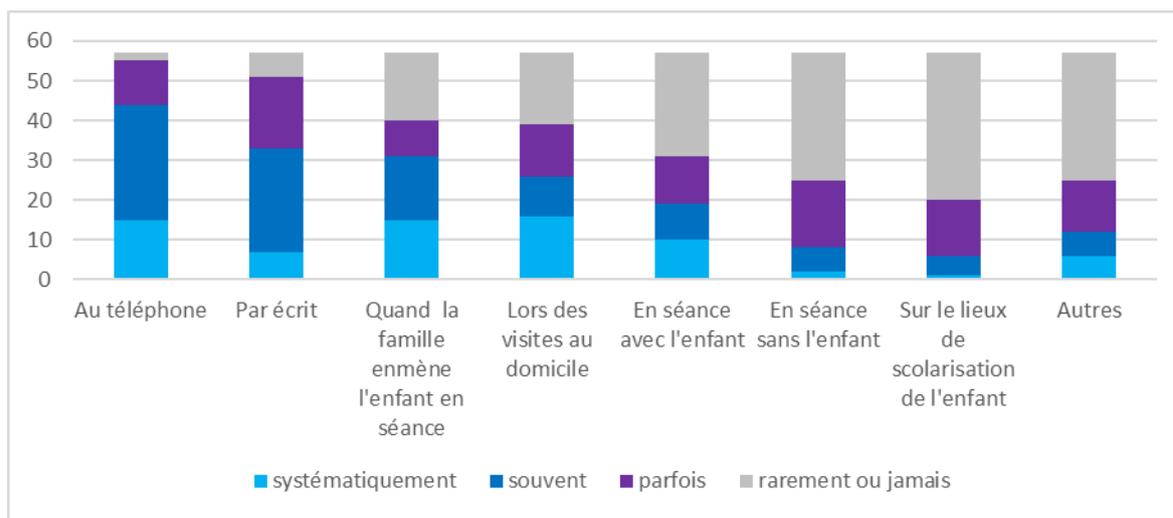
- 9) Selon vous, quelles sont les répercussions sur la prise en charge de l'enfant de l'implication de la famille ?
 - 10) Connaissez-vous les principes théoriques de l'approche centrée sur la famille ? -oui -J'en ai entendu parler -non
Comment l'avez-vous découverte ? -formation initiale -formation continue -lecture -sur le lieu d'exercice -autre
 - 11) Pratiquez-vous l'approche centrée sur la famille ? -oui -non -je pratique une autre approche :
 - 12) Pourquoi avoir choisi l'approche que vous utilisez en pratique ?
 - 13) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? -2018-2010, 2009-2000, 1999-1990, 1989-1980, 1979-1970 -avant
 - 14) Où exercez-vous actuellement ? -CAMSP -CLIS -EEAP -IME -SESSAD -exercice libéral - IEM
- Questions annexes et non obligatoire : Avez-vous des lectures à me conseiller en lien avec mon thème ?

Annexe 6 : Données brut de l'enquête exploratoire sous forme de tableau Excel

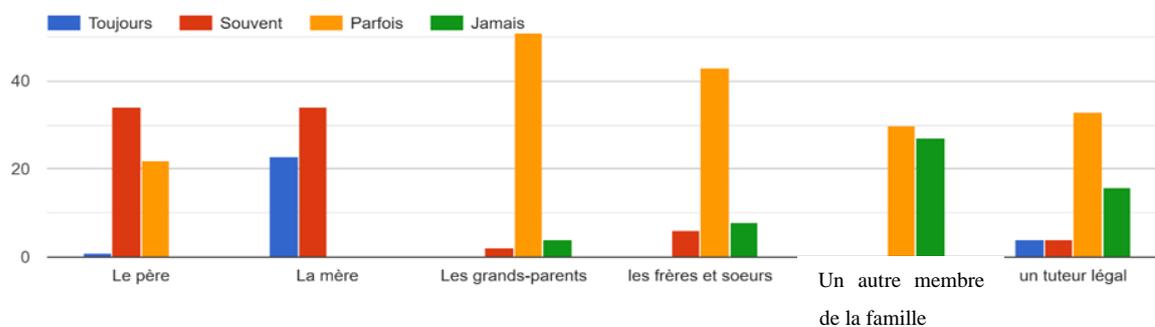
1) Est-ce important pour vous de rencontrer la famille d'un enfant que vous prenez en charge en ergothérapie ?

L'ensemble des 55 ergothérapeutes affirment que c'est important pour eux. Certains rajoutent que c'est primordial voire nécessaire.

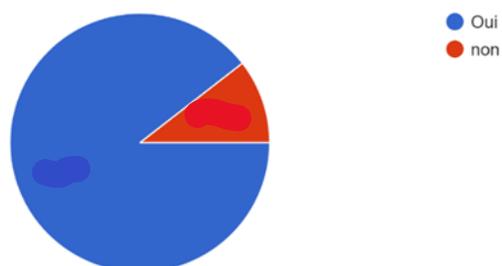
2) Comment rentrez-vous en relation avec la famille de l'enfants pris en charge en ergothérapie ?



3) Quels sont les membres de la famille des enfants que vous rencontrez ?



4) Rencontrez-vous les membres de la famille de l'enfant avec d'autres professionnels ?

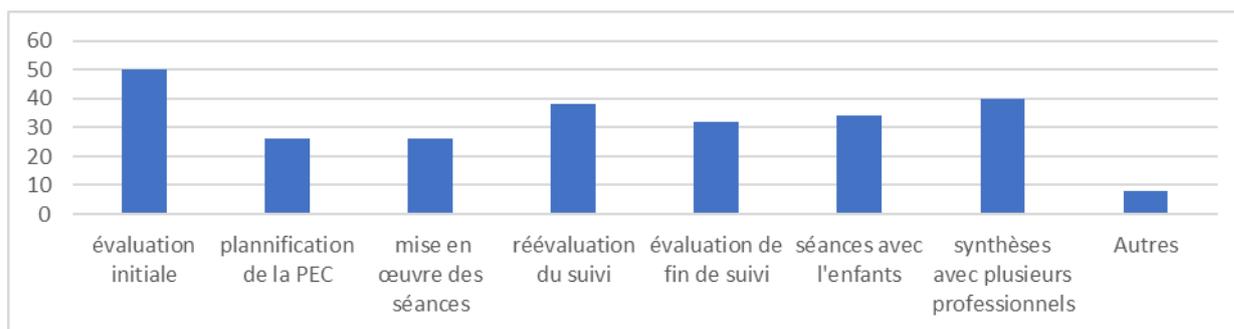


51 Oui et 6 NON.

Pourquoi ?

1	Pourquoi?
2	ESS
3	<i>Reunion d'équipe éducative</i>
4	<i>réunion pluridisciplinaires</i>
5	<i>Parce que les conditions ne le permettent pas facilement</i>
6	Reunions, ess, synthèses ...
7	<i>Lors des ESS</i>
8	Pour faire le point sur le projet de soins
9	lors d'une ESS
10	<i>pour croiser les regards lors des entretiens ou por faire plus de lien</i>
11	<i>Pour échanger sur la prise en charge</i>
12	ESS
13	souvent enrichissant d'avoir des infos communes et entendre les besoins des parents peut importe notre métier, savoir comment on accompagne l'enfant tous ensemble, vers ou et comment
14	<i>Cela dépend pourquoi je les rencontre et comment t4</i>
15	<i>Parfois, quand la situation s'y prête</i>
16	<i>Lors de réunion scolaires</i>
17	<i>Lors des ESS</i>
18	travail en équipe pluridisciplinaire
19	Lorsque l'enfant est pris en charge aussi par d'autres professionnels, pour faire le point sur l'évolution de l'enfant.
20	<i>Reunion pluridisciplinaire</i>
21	<i>Parfois, ça évite de surcharger les parents de rendez-vous au domicile avec tous les professionnels, notamment quand on travaille en SESSAD par exemple.</i>
22	Lors de réunions dans l'institution où se rend l'enfant (CMP, SESSAD, CAMPS,...) ou lors de réunions éducatives dans le milieu scolaire
23	<i>selon le projet : avec un kiné, l'assistante sociale pour une visite à domicile, l'orthophoniste, la psychomotricienne pour l'ESS, tous les professionnels pour une restitution de synthèse pluridisciplinaire (MPR,</i>
24	Lors de rendu de résultats de bilans (souvent avec le Pédiatre), Point sur le suivi, Rendez-vous de fin de prise en charge. C'est à la demande également des familles.
25	<i>Parfois je rencontre les membres de la famille avec une collègue, pour que l'on puisse se présenter, sans multiplier les rdv pour les parents.</i>
26	souvent avec l'assistance sociale pour travailler en lien avec le domicile
27	En libéral, assez peu de possibilités notamment par rapport aux disponibilités
28	<i>lors des réunions d'ESS à l'école ou au sein de la maison de santé où j'interviens</i>
29	<i>Cela dépend de la raison de l'entretien avec les parents</i>
30	<i>Cela dépend, mais pour les réunion de MPR nous sommes avec la kiné de l'enfant et le médecin MPR</i>
31	Avec orthophoniste ou lors des ESS
32	<i>Lors des réunions scolaires ou au Sessad</i>
33	Pour élaborer un projet d'accompagnement global
34	<i>Lorsqu'il s'agit d'un projet transdisciplinaire...</i>
35	lors des retours parents, des ess..
36	<i>lors des réunions scolaires</i>
1	Pourquoi?
37	<i>visite à domicile avec assistante sociale pour dossier MDPH</i>
38	Il m'arrive de rencontrer la famille avec l'assistante sociale pour une demande d'aménagement ou avec la psychologue qui travaille avec moi sur la communication non verbale.
39	Lors des ESS
40	Ess ou entretien téléphone
41	Parce que chaque pro a quelque chose de différent à apporter à la famille
42	<i>lorsque le rendez vous concerne le travail pluridisciplinaire, ex. assistante sociale, kiné, orthophonosite....</i>
43	<i>avec la psychomotricienne pour la présentation de nos professions + profils sensoriels</i>
44	<i>Pour les ESS</i>
45	les rencontres se font le plus souvent lors de l'examen moteur (consultation spécialisée médecin MPR) avec les parents et les rééducateurs de l'IEM
46	<i>Travail pluridisciplinaire</i>
47	<i>isolement de l'activité libérale</i>
48	lors d'équipes éducatives ou d'équipes de suivi dans les écoles
49	manque de temps, les liens se font entre professionnels puis rencontre des parents
50	<i>réunion de projet</i>
51	<i>je trouve que l'on peut avoir un échange plus approfondi sur la prise en charge que lors des rencontres pluridisciplinaires</i>
52	<i>avec l'assistante sociale lors de VAD</i>
53	<i>Referent éducatif car coordinateur du projet de l'enfant</i>
54	<i>Ca dépend du contexte des fois oui des fois non</i>
55	<i>souvent en équipe, parfois seule</i>
56	<i>placement en famille d'accueil, liens avec association d'aide aux parents, réunions d'équipes..</i>
57	<i>Pour des observations conjointes avec d'autres regards paramédicaux ou éducatifs</i>
58	Rencontre commune pour établir des objectifs communs en équipe pluridisciplinaire

5) A quel moment de la prise en charge rencontrez-vous la famille ?



-50 réponses Lors de l'évaluation initiale

-25 réponses lors de la planification de la prise en charge

-25 réponses lors de la mise en œuvre des séances

-39 réponses lors de la réévaluation du suivi

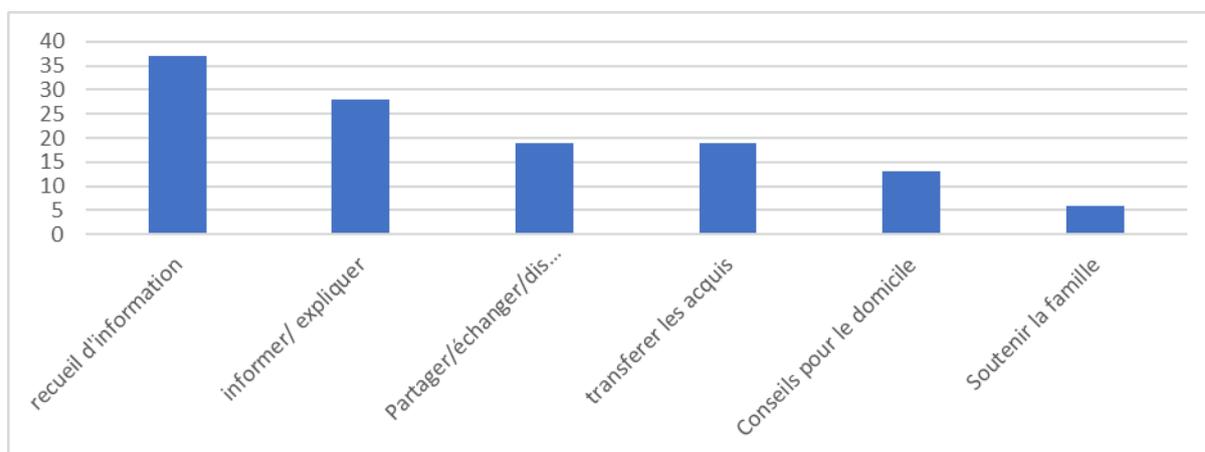
- 31 réponses lors de l'évaluation de fin de suivi

-33 réponses lors de séance avec l'enfant

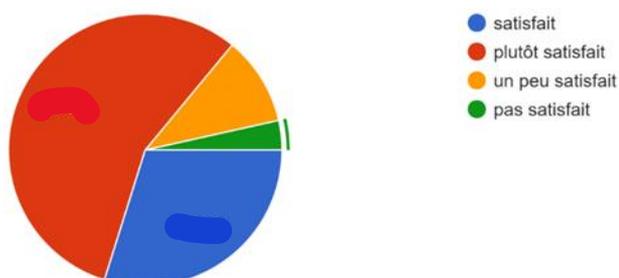
-40 réponses lors de synthèse avec différents professionnels

-8 autres

6) Dans quel but communiquez-vous avec la famille de l'enfant ?



7) Etes-vous satisfait de la communication établie avec la famille de l'enfant ?

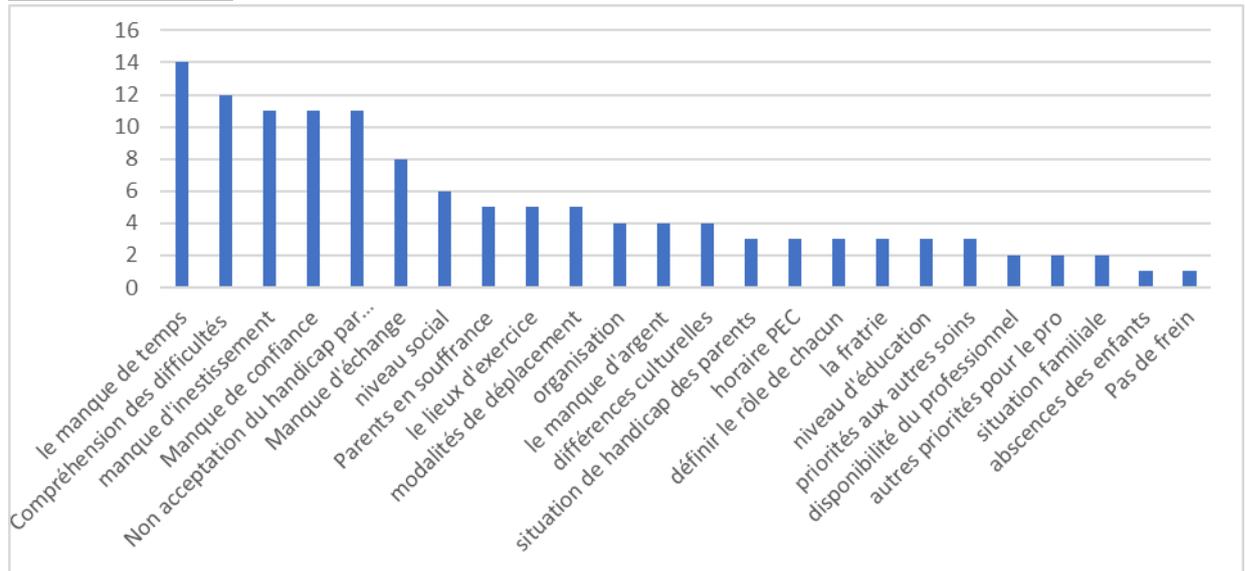


- 17 satisfait - 32 plutôt satisfait - 6 un peu satisfait - 2 pas satisfait

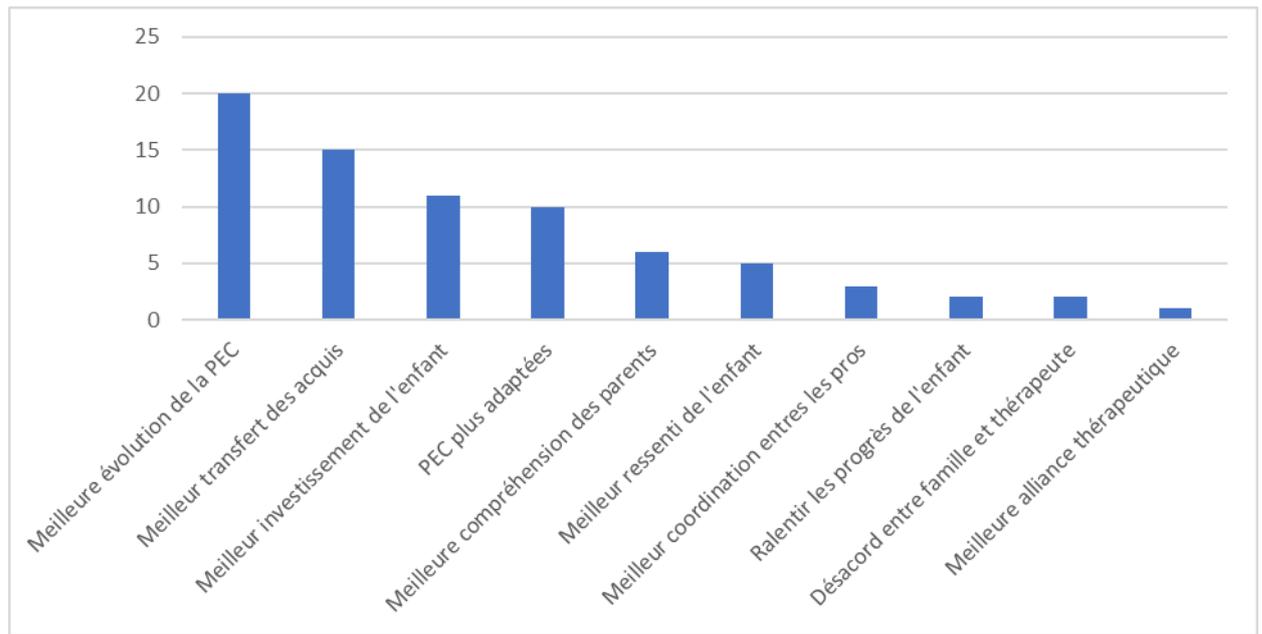
Pourquoi ? Les ergothérapeutes évoquent les éléments de réponse suivant :

Pourquoi?
Cela se passe plus ou moins bien selon la famille mais souvent, la plupart du temps très bien . Cela fait partie de notre travail si on veut le faire correctement .
Manques souvent de temps pour échanger
Parents impliqués dans les suivis
Relation de confiance.
Parce que en général ça se passe bien
Dans l'ensemble, les parents apprécient que l'on prenne le temps d'expliquer ce que l'on fait avec leur enfant mais parfois les parents sont difficilement joignables et cela se ressent dans la transposition des acquis.
Cela permet d'être plus efficace et de faire progresser l'enfant plus rapidement
je vois très régulièrement les parents car je travaille en exercice libéral.
il n'est pas toujours aisé de faire alliance avec la famille et de les rendre acteur des soins de leurs enfants (surtout en SESSAD).
En fonction de l'implication de la famille dans le suivi de l'enfant
Cela se passe plus ou moins bien selon la famille mais souvent, la plupart du temps très bien . Cela fait partie de notre travail si on veut le faire correctement .
bonne relation de confiance et de proximité, indispensable pour accompagner un enfant puisque ses parents sont bien plus présent que nous au quotidien et qu'il est nécessaire qu'ils comprennent/observent les difficultés de leur enfant pour affiner leur accompagnement auprès de lui
Bon échange
L'explication de ce qu'in Fait et pourquoi on le fait leur permet de comprendre... et leur donne envie de participer
Cela dépend des familles, certaines ne s'impliquent pas beaucoup...
La famille est de manière générale impliquée dans le suivi
pas de réponse
Les tendances actuelles sont malheureusement de faire toujours plus d'actes de rééducation "sur site", le travail de lien avec les familles et les partenaires étant moins reconnus et considérés comme trop chronophage par les directions, il est donc moins bien fait à mon sens.
Ils ne s'impliquent pas tous autant que je le souhaite
Satisfaite dans l'ensemble, mais parfois la relation peut être difficile à mettre en place, quand il y a du déni ou une non-acceptation du handicap ou des difficultés par la famille. C'est alors qu'un travail commence aussi à ce niveau-là et je pense qu'il est essentiel.
Le lien thérapeutique est important à créer avec l'enfant mais également avec la famille afin que le travail soit efficace.
pas assez de temps pour travailler avec eux
Le contact avec les parents est facilité par la structure et le fonctionnement du service.
cela dépend des familles
c'est un travail d'échange autour du confort de leurs enfants
la famille est toujours très en demande de savoir ce qui est travaillé en séance, savoir ce qu'eux peuvent faire pour aider également au quotidien etc
les parents sont assez présents et la relation se passe bien dans la majorité des cas
Souvent peu clair
Je manque de temps pour que le lien avec les familles soit régulier et plus approfondi
Relation de confiance souvent
Généralement les échanges sont riches d'informations qui nous aident à mieux adapter notre prise en charge.
La relation avec la famille est indispensable. Un lien de confiance doit être présent et il est important d'échanger fréquemment. Cela permet de les inclure dans le projet et de revaloriser l'enfant ensemble.
Au sein de l'institution, les relations ne sont pas systématiques, et les sujets de désaccords sont fréquents, les relations varient en fonction des personnes...
en sessad = suivi à l'école, donc on croise peu la famille... mais les échanges par mail/téléphone sont généralement très constructifs
les contacts sont plus simples maintenant que je fais des prises en charges essentiellement au cabinet
Pourquoi?
pour certaines familles qui sont encore dans le déni du handicap, le suivi de l'appareillage peut être très difficile à gérer au quotidien
Il n'y a pas beaucoup d'échanges avec les parents si ils ne sont pas provoqués.
parce qu'il s'agit d'une collaboration
Des familles ne s'impli Pas assez
Parce que cela à l'air de fonctionner et d'apporter du soutien aux familles
cela va dépendre de l'implication de la famille. il est parfois très difficile d'en rencontrer certaine.
Peu de temps pour intervenir au domicile
On a un bon échange, une relation de confiance
relation rare - souvent conflictuelle - souvent problème d'acceptation du handicap non travail du deuil
Dépend des familles
Parfois manque d'implication des familles
c'est un point crucial pour moi, même si cela dépend de l'implication des familles et de leur facilité ou non à communiquer avec moi, la relation est toujours recherchée afin d'aider la famille à mieux comprendre le champ d'intervention de l'ergo, de les tenir informés de l'évolution de leur enfant..
les objectifs sont en accord avec leur attente, une relation de confiance et de collaboration est établie.
manque de disponibilité / charge de travail et nombre d'enfants accueillis
en générale bonne relation avec les familles et échanges productifs
les parents sont, en général demandeurs et cela aléa les prises en soins de l'enfant
Peu présente, difficulté de la mobiliser à nous rencontrer.
Parents présents car IMC petite enfance 0 à 8 ans
relation primordiale pour une plus grande efficacité
alliance thérapeutique parfois très fragile.
un lien de confiance est présent avec le Sessad et permet des échanges riches
il y a de l'échange, c'est primordial

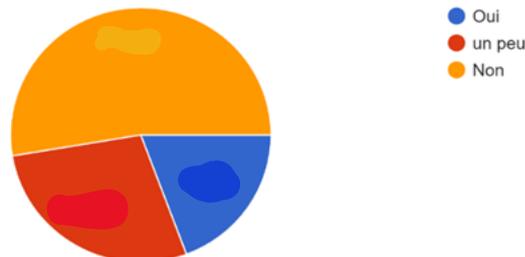
8) Selon vous quels peuvent-être les freins à l'implication de la famille dans la prise en charge de leurs enfants ?



9) Selon vous, quelles sont les répercussions sur la prise en charge de l'enfant de l'implication de la famille ?

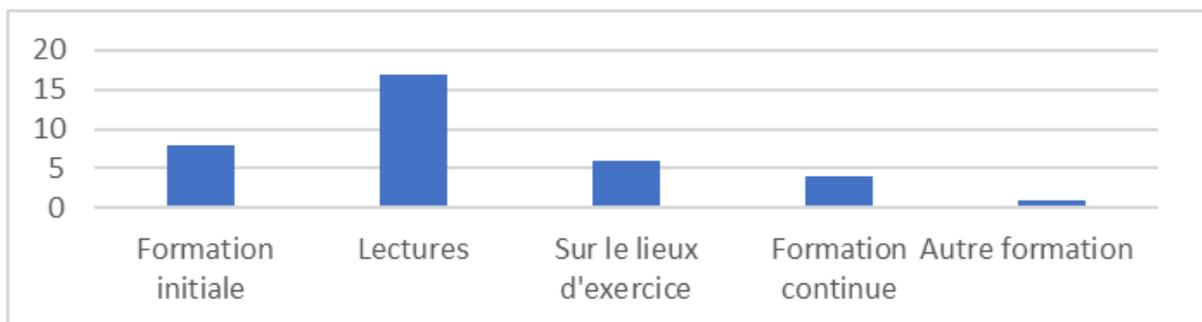


10) Connaissez-vous les principes théoriques de l'approche centrée sur la famille ?



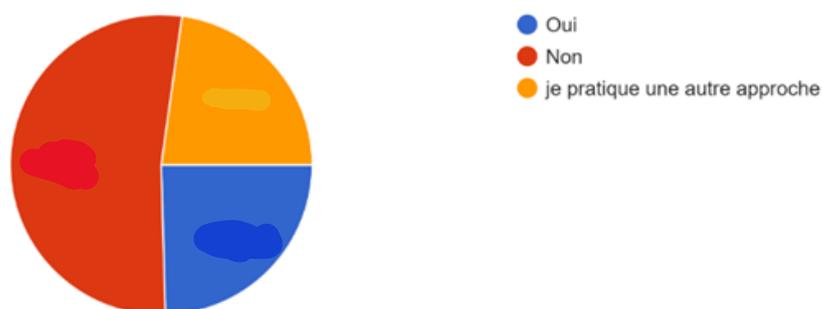
- 11 réponses « oui » -16 réponses « j'en ai entendu parler » -32 réponses « non »

Comment l'avez-vous découverte ?



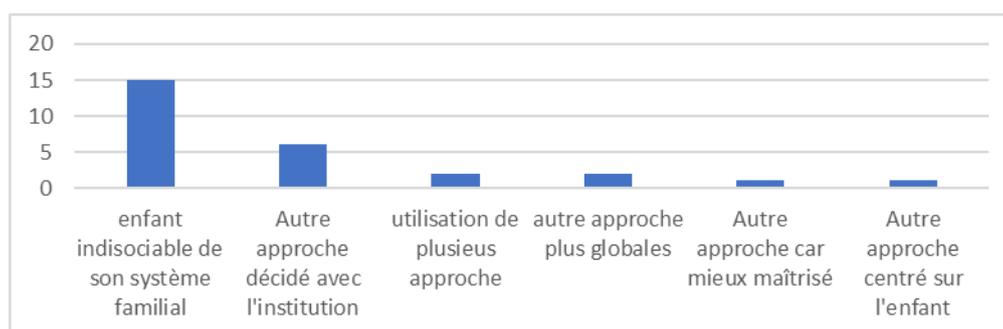
-8 formation initiale -4 formation continue -17 lecture -6 sur le lieu d'exercice -1 autre

11) Pratiquez-vous l'approche centrée sur la famille ? -oui -non -je pratique une autre approche :



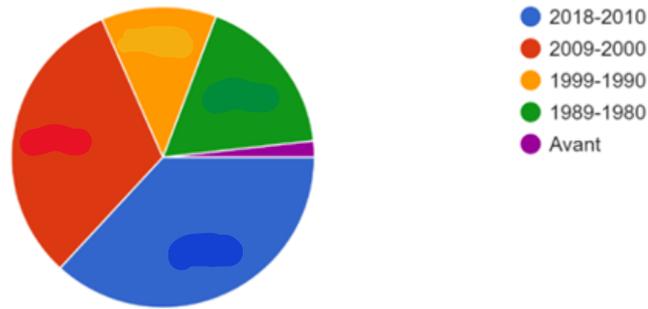
-30 non -14 Oui - Pratique une autre approche

12) Pourquoi avoir choisi l'approche que vous utilisez en pratique ?



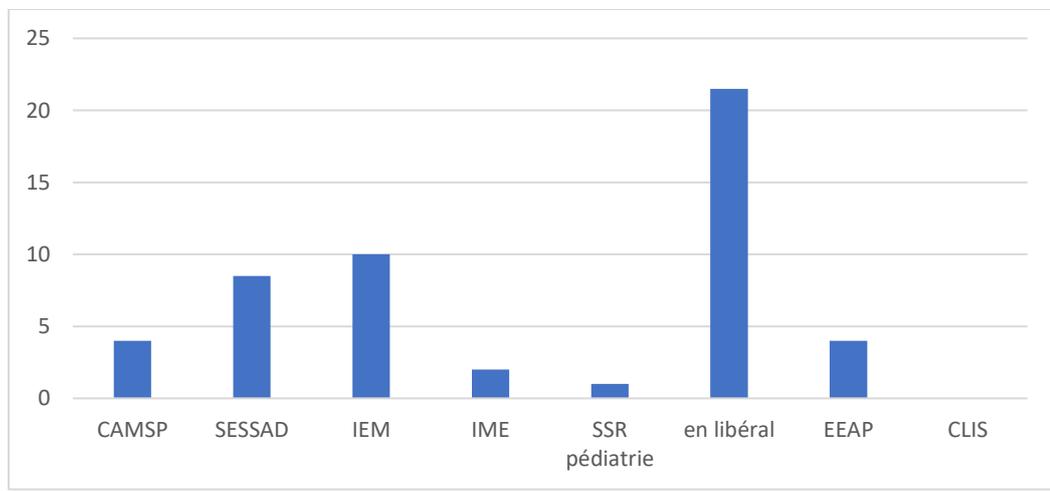
Les parents évoquent diverses raisons présentées dans le graphique ci-dessus.

13) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?



-21 entre 2018 et 2010 -18 entre 2009 et 2000 -7 entre 1999 et 1990 -10 entre 1989 et 1980 -1 avant 1980.

14) Où exercez-vous actuellement ?



-4 ergothérapeutes exercent en CAMSP

-9 ergothérapeutes exercent en SESSAD

-10 ergothérapeutes exercent en IEM

-2 ergothérapeutes exercent en IME

-1 ergothérapeutes exercent en SSR pédiatrie

-22 en exercice libéral

-4 ergothérapeutes exercent en EEAP

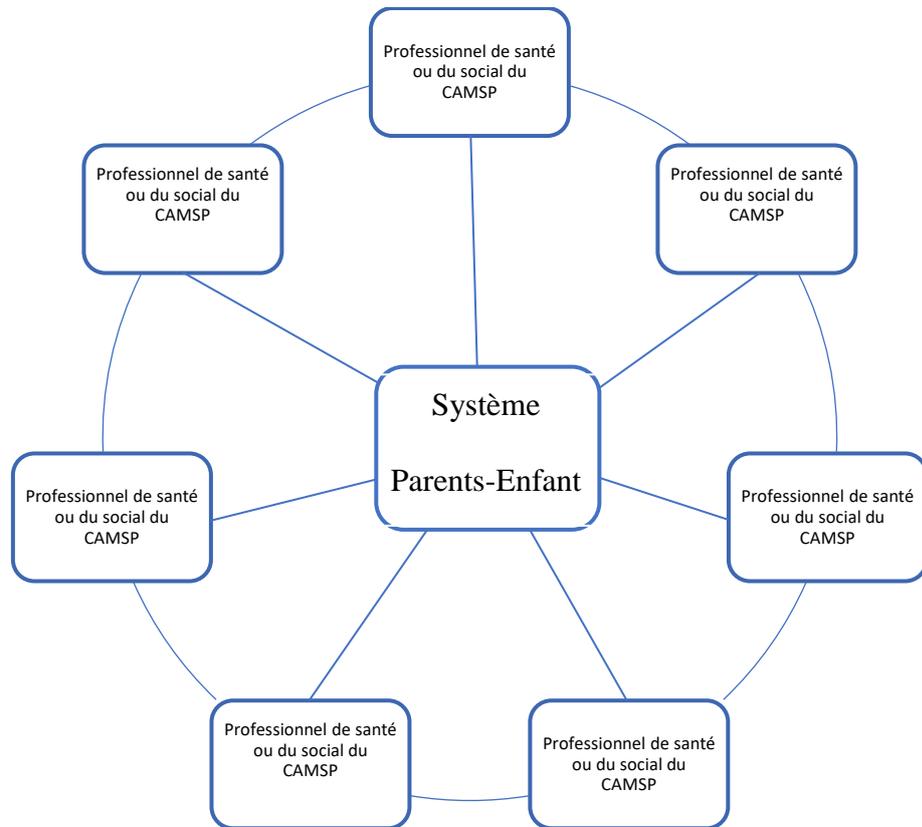
-0 ergothérapeutes exercent en CLIS

Questions annexes et non obligatoires : Avez-vous des lectures à me conseiller en lien avec mon thème ?

Les ergothérapeutes de l'échantillon nous ont conseillé des lectures concernant :

-l'autisme entre autres, les témoignages des parents d'enfants pour se sensibiliser au fait on ne peut pas faire sans eux !

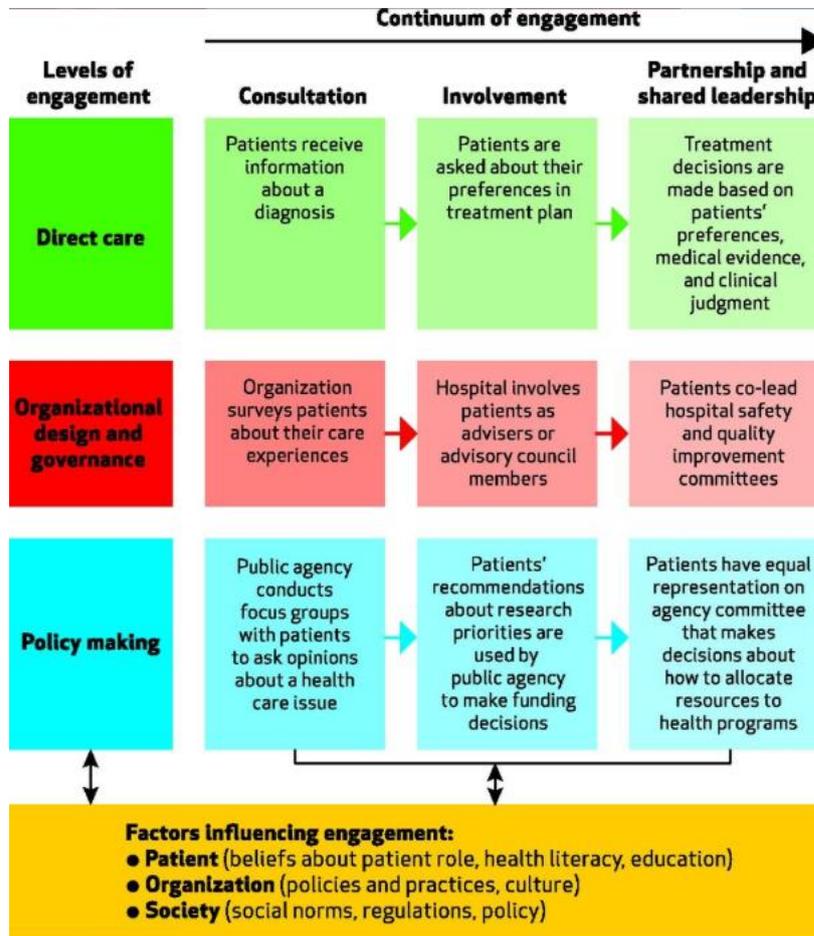
- Dolto Winnicott (pas seulement pour l'objet transitionnel et le jeu, mais pour la manière de diriger ces entretiens)
- Des ouvrages sur des méthodes d'entretien type psychiatrie qui montrent la rudesse de certaines approches, car il faut respecter un protocole.
- Les modèles de pratiques systémiques
- L'importance du lieu d'exercice
- La méthode coop
- "l'enfant insuffisamment bon" de Mme Fustier. Cette psychologue guide des analyses de pratique avec une approche centrée sur la famille.
- Charles Gardou, différents livres sur famille, fratrie, professionnels, personnes en situation de handicap.

Annexe 7 : Schéma du système institution-parent(s)-enfant

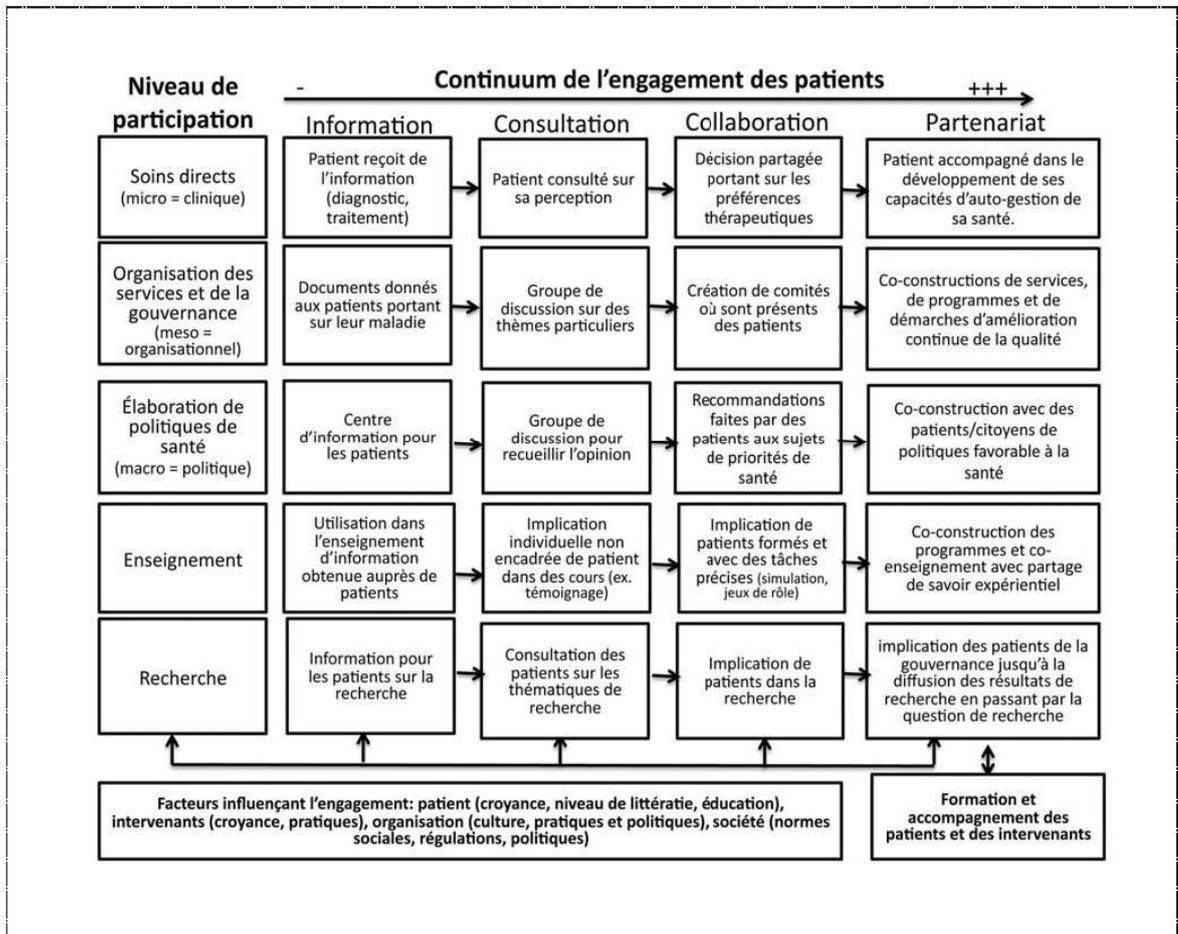
— Interactions entre les acteurs du système institutionnel et ceux du système parents-enfant.

Annexe 8 : Schéma du « continuum de l'engagement » de Carman K. et al. [27]

« A Multidimensional Framework For Patient And Family Engagement In Health And Health Care »



Annexe 9 : Schéma du continuum de l'engagement ou « Montréal model » de Vanier LC. et al. [28] :



Annexe 10 : Matrice théorico-conceptuelle

Concept/Théorie	Variable	Indicateur
Engagement du patient et de sa famille	Posture d'information Eif	Eif1 : Echange d'informations sur le système
		Eif2 : Pas de situation d'apprentissage pour le système
		Eif3 : Pas de partage de décisions et de responsabilités
		Eif4 : Non reconnaissance de l'expertise du système parent(s)-enfant
		Eif5 : Rôle du système parents-enfant sous-entendu
		Eif 6 : Projet de soins non partagé
		Eif7 : Pas d'action d'intégration des parents à différents niveaux du système de soins
	Posture de consultation Ecs	Ecs1 : Echange d'information sur le système et sur les soins
		Ecs2 : Pas de situation d'apprentissage
		Ecs3 : Peu de partage de décisions et de responsabilités
		Ecs4 : Non reconnaissance de l'expertise du système parent(s)-enfant
		Ecs5 : Rôle du système parent(s)-enfant indiqué
		Ecs6 : Exposition du projet de soins aux système parent(s)-enfant
		Ecs7 : Pas d'action d'intégration des parents à différents niveaux du système de soins
	Posture de collaboration Ecb	Ecb1 : Echange d'information sur le système, sur les soins et sur les possibilités du système
		Ecb2 : Peu de situations d'apprentissage
		Ecb3 : Décisions et responsabilités limitées à différentes propositions
		Ecb4 : Début de la reconnaissance de l'expertise du système parent(s)-enfant
		Ecb5 : Echange autour du rôle du système parent(s)-enfant
		Ecb6 : Echange autour du projet de soins avec le système parent(s)-enfant
		Ecb7 : Actions d'intégration des parents dans les premiers niveaux du système de soins
	Posture de partenariat Ept	Ept1 : Transparence des informations
		Ept2 : Situation d'apprentissage menant à l'empowerment du système parent(s)-enfant

		Ept3 : Autodétermination du système parent(s)-enfant
		Ept4 : Reconnaissance de l'expertise du système parent(s)-enfant
		Ept5 : Définition en commun du rôle de chacun
		Ept6 : Construction commune du projet de soins
		Ept7 : Actions d'intégration des parents dans différents niveaux du système de soins
Modèle systémique	Posture PS	PS1 : Autonomie des acteurs du système respectée
		PS2 : Entretien d'un réseau de communication
		PS3 : Recherche de l'homéostasie
		PS4 : Présence d'une démarche de collaboration
		PS5 : Reconnaissance mutuelle
	Analyse de situation AS	AS1 : Transposition des principes de la complexité
		AS2 : Centrée sur la famille
		AS3 : Acteurs du système identifiés
		AS4 : Identification des facteurs environnementaux
		AS5 : Approche holistique
Démarche collaborative entre professionnels	Posture pluriprofessionnelle Dcpp	Dcpp1 : Absence d'un socle commun
		Dcpp2 : Temps d'échange entre professionnels restreint
		Dcpp3 : Peu de partage d'information, uniquement sur le système
		Dcpp4 : Pas de projet commun
		Dcpp5 : Spécialisation de chaque professionnel sans interdépendance
		Dcpp6 : Pas d'enrichissement mutuel
		Dcpp7 : Collaboration non désirée volontairement par l'ensemble des professionnels
		Dcpp8 : Pas évaluation en groupe

		Dcipp9 : Pas de reconnaissance des autres professionnels
	Posture interprofessionnelle Dcip	Dcip1 : Identification d'un Socle commun
		Dcip2 : Temps d'échange suffisant mais pas optimal
		Dcip3 : Partage d'informations sur le système et l'organisation des soins
		Dcip4 : Projet commun construit par le croisement des objectifs de chaque professionnel
		Dcip5 : Spécialisation de chaque professionnel avec une interdépendance
		Dcip6 : Enrichissement mutuel dans la pratique des professionnels
		Dcip7 : Collaboration issue d'un désir volontaire
		Dcip8 : Evaluation des actions en groupe
		Dcip9 : Reconnaissance d'une partie des actions ou de la pratique des professionnels
	Posture transprofessionnelle Dctp	Dctp1 : Consolidation d'un Socle commun
		Dctp2 : Temps d'échange suffisant et optimal
		Dctp3 : Partage d'information sur l'utilisateur, les modalités de ses soins et la pratique des professionnels
		Dctp4 : Projet commun construit par l'équipe
		Dctp5 : Pas de spécialisation des professionnels
		Dctp6 : Enrichissement mutuel dépassant la pratique
		Dctp7 : Collaboration issue d'un désir volontaire et intense
		Dctp8 : Evaluation des actions en groupe constante
		Dctp9 : Posture intégrative avec les professionnels

Annexe 11 : Matrice de questionnement de la recherche

Variable de référence	Objectifs des questions	Indicateurs	Types de question	Questions formulées	Propositions de réponses
Démarche collaborative entre les professionnels de la santé et du social d'un CAMSP	Savoir si l'ergothérapeute à un désir de collaborer	-Dcpp7 -Dcip7 -Dctp7	Fermée	Sur une échelle allant de 0 à 10, où situeriez-vous votre désir de collaborer avec les autres membres de l'équipe du CAMSP ?	O pas d'envie 10 c'est une priorité dans votre pratique
	Savoir si l'ergothérapeute reconnaît le travail fait par l'ensemble des professionnels de son équipe	-Dcpp9 -Dcip9 -Dctp9	Fermée	Pensez-vous connaître le travail que font les professionnels de l'équipe avec laquelle vous travaillez au CAMSP ?	-0 Non pas du tout -10 Oui totalement
	Connaitre la place donnée aux temps d'échanges dans la pratique de l'ergothérapeute	-Dcpp2 -Dcip2 -Dctp2 -Autre	Semi-ouverte	3) A propos de vos échanges avec les autres professionnels du CAMSP, quelle est la proposition qui correspond le plus à votre pratique ?	-Vous échangez régulièrement mais manquez de temps -Vous échangez systématiquement -Vous échangez occasionnellement ou rarement -Autre

	Savoir si la pratique de l'ergothérapeute s'inscrit dans la construction d'un projet pour le système parents-enfant en collaboration avec l'équipe	-Dcpp4 -Dcip4 -Dctp4 -Autre	Semi-ouverte	Dans le cas où un enfant est suivi par plusieurs professionnels, sélectionnez la proposition qui correspond à votre pratique :	-Vous construisez communément avec l'équipe de professionnel un projet pour l'enfant et ses parents au CAMSP -Vous déterminez un projet pour l'enfant et ses parents en ergothérapie et vous vous réunissez avec l'équipe pour construire une cohérence globale dans sa prise en charge au CAMSP -Vous déterminez un projet pour l'enfant en ergothérapie et n'en discutez pas avec le reste de l'équipe avant de le mettre en œuvre -Autre
	Connaitre l'articulation du domaine de l'ergothérapie avec les autres domaines représentés par les professionnels du CAMSP	-Dcpp5 -Dcip5 -Dctp5 -Autre	Semi-ouverte	Dans l'équipe dans laquelle vous exercez, diriez-vous que :	-Vous exercez dans le domaine de l'ergothérapie sans interdépendance avec les autres professionnels -Vous exercez dans le domaine de l'ergothérapie

					<p>en interdépendance avec les autres professionnels</p> <p>-Vous exercez de la même manière que les autres professionnels du CAMSP</p> <p>-Autre</p>
	<p>Connaitre le type d'information qu'échange l'ergothérapeute avec les autres professionnels</p>	<p>-Dcpp3</p> <p>-Dcip3</p> <p>-Dctp3</p> <p>-Autre</p>	<p>Semi-ouverte</p>	<p>Dans votre pratique, quels types d'informations échangez-vous avec les autres professionnels ? (Cochez plusieurs réponses si nécessaire)</p>	<p>-Des informations sur les enfants et leurs parents</p> <p>-Des informations sur le suivi que vous effectuez avec les enfants et leurs parents</p> <p>-Des informations sur votre pratique générale de l'ergothérapie, vos formations, vos compétences</p> <p>-Autre</p>
	<p>Savoir si le travail de l'ergothérapeute au sein d'une équipe modifie sa pratique</p>	<p>-Dcpp6</p> <p>-Dcip6</p> <p>-Dctp6</p> <p>-Autre</p>	<p>Semi-ouverte</p>	<p>Selon vous, le fait d'exercer au sein d'une équipe a-t-il un impact sur votre pratique de l'ergothérapie ?</p>	<p>-Cela vous freine dans la réalisation de vos suivis</p> <p>-Cela n'impacte pas vos suivis</p> <p>-Cela vous permet d'orienter au mieux vos suivis</p> <p>-Cela modifie profondément votre pratique</p> <p>-Autre</p>

	Savoir si les actions de l'équipe, dont fait partie l'ergothérapeute, sont évaluées	-Dcpp8 -Dcip8 -Dctp8 -Autre	Semi-ouverte	Au sein du CAMSP où vous exercez disposez-vous de temps pour évaluer votre pratique en tant qu'équipe ?	-Oui régulièrement -Oui mais rarement - Non -Autre
	Savoir s'il existe un socle commun aux différents professionnels	-Dcpp1 -Dcip1 -Dctp1 -Autre	Semi-ouverte	Pensez-vous partager des concepts, un langage et des valeurs en commun avec les autres professionnels ?	-Oui, vous travaillez avec l'équipe à sa consolidation -Vous essayez avec l'équipe de construire un socle commun -Non -Autre
Engagement du système parents-enfant dans le suivi en ergothérapie	Connaitre la place du système parents-enfant lorsque l'ergothérapeute construit le projet de l'enfant	-Eif6 -Ecs6 -Ecb6 -Ept6 -Autre	Semi-ouverte	Selon vous, quelle est la place des parents et de l'enfant dans la phase de planification du suivi en ergothérapie dans votre pratique ?	-vous élaborer le suivi qui vous semble le plus adaptée pour l'enfant et faites des points au cours du suivi avec le système parents-enfant si besoin -Vous élaborer le suivi pour l'enfant et le présentez au système parents-enfant avant de le mettre en œuvre -Vous élaborer le projet de l'enfant et le modifiez avec le système parents-enfant avant de le mettre en œuvre -Vous élaborer le projet avec la participation du système

					parents-enfant lors de rencontre ceux-ci -Autre
Connaitre le type d'informations échangées entre l'ergothérapeute et le système parents-enfant	-Eif1 -Ecs1 -Ecb1 -Ept1 -Autre	Semi-ouverte	Dans votre pratique, de quelle nature sont les informations que vous transmettez aux parents ? (Cochez plusieurs cases si besoin)	-des informations sur l'enfant -des informations sur le déroulement du suivi de l'enfant au CAMSP -des informations sur les possibilités d'action des parents dans le suivi de l'enfant -des information de toute nature, votre pratique se base sur la transparence -Autre	
Savoir si l'ergothérapeute a pour objectif de rendre le système parents-enfant acteurs du suivi en ergothérapie	-Eif2 -Ecs2 -Ecb2 -Ept2 -Autre	Semi-ouverte	Concernant votre pratique de la pédagogie auprès des parents, vous diriez que :	-Vous créez des situations d'apprentissage pour les parents dans le cadre du suivi de leur enfant -vous n'êtes pas assez en contact avec les parents pour créer des situations d'apprentissage -Vous créez des situations d'apprentissage pour les parents dépassant le cadre du suivi de leur enfant et	

					leur permettant de s'autonomiser -Autre
	Savoir comment s'établit le rôle du système parents-enfant dans le suivi en ergothérapie	-Eif5 -Ecs5 -Ecb5 -Ept5 -Autre	Semi-ouverte	En début de suivi, comment s'établit le rôle du système parents-enfant dans votre pratique ?	-Le rôle des parents s'établit naturellement - Vous expliquez aux parents le rôle qu'ils auront dans le suivi de l'enfant -Vous échangez avec les parents de la place qu'ils prendront dans le suivi de l'enfant -le rôle des parents est issu d'une décision prise communément par ces derniers et vous-même -autre
	Savoir si l'ergothérapeute reconnaît le rôle d'expert des parents-enfant dans le suivi en ergothérapie	-Eif4 -Ecs4 -Ecb4 -Ept4 -Autre	Fermée	Sur une échelle allant de 0 à 10, à quel point êtes-vous d'accord avec la proposition suivante : « les parents ont un rôle d'expert dans le suivi de leurs enfants en ergothérapie ?	0 étant pas du tout d'accord et 10 tout à fait d'accord
	Savoir quelle est la place que l'ergothérapeute donne au système parents-enfants dans la prise de décision	-Eif3 -Ecs3 -Ecb3 -Ept3 -Autre	Semi-ouverte	Dans quelle mesure le système parents-enfant participe aux décisions concernant l'orientation du suivi en ergothérapie ?	- Vous décidez de l'orientation du suivi en votre qualité de professionnel -Vous les orientez vers les choix qui semblent plus appropriés pour l'enfant -Vous discutez ensemble des

					différentes possibilités - Vous les accompagnez jusqu'à ce qu'ils puissent prendre de manière autonome des décisions éclairées -Autre
	Savoir si l'ergothérapeute a une action sur l'engagement des parents à différents niveaux du système de soins	-Eif7 -Ecs7 -Ecb7 -Ept7 -Autre	Semi-ouverte	Dans le cadre de votre travail au CAMSP, réalisez-vous des actions, seul ou en équipe, pour soutenir la participation du système parents-enfant dans ces différents champs ? (Cochez la ou les cases correspondant à votre pratique)	-Le suivi de leur enfant en ergothérapie - L'Organisation du CAMSP -L'élaboration des politiques de santé -La recherche ou l'enseignement -Vous ne réalisez pas d'action pour soutenir la participation du système parents-enfant -Autre
Vérification des critères d'inclusion	Obtenir des données descriptives sur les ergothérapeutes sollicités pour la recherche	-La date d'obtention du diplôme d'ergothérapeute -Le temps d'exercice de l'ergothérapeute au sein du CAMSP	Ouverte	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat d'ergothérapeute ou l'équivalence en France ?	Libre
			Semi-ouverte	Quel est votre temps de travail au CAMSP ?	-Temps plein -0,75 équivalent Temps plein -0,6 équivalent temps plein -0,5 équivalent Temps Plein -0,4 équivalent temps plein -0,3 équivalent temps plein

					-0,25 équivalent temps plein -0,2 équivalent temps plein -0,1 équivalent temps plein -Autre
		-Les différentes professions représentées par les professionnels avec lesquels l'ergothérapeute exerce en CAMSP	Semi-ouverte	Quels autres professionnels font partie de l'équipe du CAMSP où vous exercez ?	- Kinésithérapeute - Ergothérapeute - Orthophoniste - Orthoptiste - Educateur spécialisé - Psychomotricien - Médecin pédiatre - Médecin MPR - Infirmière - Psychologue - Neuropsychologue - Assistante sociale - Secrétaire - Autres

Annexe 12 : Méthode d'échantillonnage de la recherche

Présentation des étapes de la méthode d'échantillonnage probabiliste systématisé :

1ère étape : Nous nous sommes procuré la liste de toutes les unités statistiques de la population mère, ici les ergothérapeutes répondant à nos critères d'inclusion et d'exclusion. On détermine « N » la taille de la population mère. Pour cela, nous avons constitué une liste de l'ensemble des CAMSP et leurs Annexes en France. Ensuite nous les avons contactés par téléphone afin de vérifier tout d'abord s'il y avait des ergothérapeutes. 343 CAMSP et antennes ont été répertoriés en recroisant différentes bases de données à l'aide des sites internet d'Action Sociale, celui de l'ANECAMSP et du site FINESS. Il est apparu que seuls 212 ergothérapeutes exerçaient en CAMSP au moment de nos appels entre le 4 et le 29 mars 2019. Si un ergothérapeute ou plusieurs faisaient partie de l'équipe du CAMSP nous vérifions qu'il correspondait aux critères d'inclusion. Nous avons écarté 4 ergothérapeutes lors de cette phase car ils avaient pris leurs fonctions il y a moins de 6 mois et une ergothérapeute car elle participe à cette recherche. Par la suite avons recueilli l'adresse mail de l'ergothérapeute pour lui envoyer notre questionnaire dans l'éventualité où il ferait partie de l'échantillon. Nous avons ainsi établi que pour cette recherche $N=207$.

2ème étape : Il faut ensuite déterminer la taille n de l'échantillon souhaité. Dans notre recherche nous souhaitons obtenir un minimum de 40 réponses pour procéder à une analyse statistique. Pour atteindre ce nombre de réponses, nous devons tenir compte du taux moyen de 20% de participation obtenue lors des enquêtes. De plus la taille de l'échantillon minimal doit être de 10% de la taille de la population-mère [83]. Nous déterminons alors : $40/0,2=200$ soit $n=200$.

3ème étape : On calcule le pas de sondage selon la formule (N/n) soit $207/200= 1,035$. Pour la faisabilité de la méthode nous arrondissons à un pas de 1, puisqu'il nous faut un nombre entier.

4ème étape : On choisit au hasard un nombre entier entre 1 et N par échantillonnage aléatoire simple à l'aide d'une calculatrice. Pour notre recherche le numéro de départ est 104.

5ème étape : A partir du numéro de départ déterminé par l'étape 4, nous parcourons la liste de la population en faisant des bonds de la longueur du pas de sondage (1) pour sélectionner les unités statistiques de l'échantillon. Notre échantillon sera donc constitué de l'ensemble des ergothérapeutes portant un numéro compris entre 104 et 207 puis entre 1 et 96. Les 7 ergothérapeutes qui n'ont pas été sélectionnés, ont constitué notre cohorte test.

Annexe 13 : Mail envoyé aux ergothérapeutes de l'échantillon

« Bonjour,

Je m'appelle Anaïs Giraudier et je suis actuellement étudiante en 3-ème année d'ergothérapie à Marseille.

Je me permets de vous contacter car dans le cadre de mon mémoire de fin d'année, je réalise une recherche qui a pour but d'obtenir des données sur la pratique de l'ergothérapie en CAMSP. Je cherche à contacter des ergothérapeutes diplômées d'Etat exerçant en CAMSP partout en France depuis 6 mois minimum et étant confronté à la problématique de l'engagement des parents dans leurs suivis.

Si vous souhaitez participer à ma recherche et que vous correspondez aux critères de sélection décrit précédemment, je vous invite à compléter un questionnaire.

Il peut être rempli en une dizaine de minutes, il est anonyme et il se compose de trois parties. La première partie interroge vos pratiques de collaboration avec l'équipe du CAMSP. La deuxième partie a pour objectif de recueillir des données sur votre pratique professionnelle auprès des parents et des enfants. Et la troisième partie s'intéresse au contexte de votre pratique. Les réponses soumises sont et resteront anonyme.

Pour y répondre il vous suffit de suivre le lien suivant :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfWdTr9azZ45ArTj7Qp9NnwEdaB_Jnieku5De6UV8TAPyDqvQ/viewform?usp=sf_link

Toute réponse est précieuse pour ma recherche.

Je vous remercie du temps que vous accordez à ma demande,

Cordialement,

Anaïs Giraudier »

Annexe 14 : Présentation du questionnaire de recherche

Le questionnaire a été partagé aux ergothérapeutes sous la forme d'un Googleform®.

Bonjour,

Je m'appelle Anaïs Giraudier et je suis actuellement en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Marseille. Je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur le thème de l'implication de la famille dans la prise en charge en ergothérapie d'enfants en CAMSP. Ce questionnaire me permettra d'obtenir des données précieuses pour ma recherche.

Ce questionnaire de 19 questions est composé de 3 parties, il peut être complété en 10 minutes environ. La première partie interroge vos pratiques de collaboration avec l'équipe du CAMSP. La deuxième partie a pour objectif de recueillir des données sur votre pratique professionnelle auprès des parents et des enfants. Et la troisième partie s'intéresse au contexte de votre pratique. Ce questionnaire est anonyme. Si vous hésitez, sélectionnez-la ou les réponses qui représentent le plus votre pratique quotidienne.

Pré-requis: Dans la suite du questionnaire nous évoquerons la notion de système parent(s)-enfant selon l'approche systémique. Ce système est composé de l'enfant et de ses/son parent(s) (ou autres figures parentales et non pas l'ensemble de sa famille), il existe des interactions entre eux qui les rendent indissociable. L'environnement à une action sur ce système parent(s)-enfant. Pour ce questionnaire lorsqu'il est fait mention du système parent(s)-enfant nous vous demandons de considérer le/les parent(s) de l'enfant ainsi que ce dernier dans la mesure du possible.

Merci pour vos réponses ! Elles seront prises en compte jusqu'au 30 avril 2019.

Si vous souhaitez des informations supplémentaires ou discutez de ma recherche, n'hésitez pas à me contacter par mail à l'adresse suivante : anaisgiraudier@hotmail.fr

Partie 1 : Votre collaboration avec l'équipe du CAMSP

- 1) Sur une échelle allant de 0 à 10, où situeriez-vous votre désir de collaborer avec les autres membres de l'équipe du CAMSP ?
- 2) Pensez-vous connaître le travail que font les professionnels de l'équipe avec laquelle vous travaillez au CAMSP ?
- 3) A propos de vos échanges avec les autres professionnels du CAMSP, quelle est la proposition qui correspond le plus à votre pratique ?
- 4) Dans votre pratique, quels types d'informations échangez-vous avec les autres professionnels ?
- 5) Dans le cas où un enfant est suivi par plusieurs professionnels, sélectionnez la proposition qui correspond à votre pratique :
- 6) Dans l'équipe dans laquelle vous exercez, diriez-vous que :
- 7) Selon vous, le fait d'exercer au sein d'une équipe a-t-il un impact sur votre pratique de l'ergothérapie ?
- 8) Au sein du CAMSP où vous exercez, disposez-vous de temps pour évaluer votre pratique en tant qu'équipe ?

9) Pensez-vous partager des concepts, un langage, des valeurs en commun avec les autres professionnels ?

Partie 2 : Votre pratique auprès des enfants et des parents

10) Dans le cadre de votre travail au CAMSP, réalisez-vous des actions, seul ou en équipe, pour soutenir la participation du système parent(s)-enfant dans ces différents champs : (Cochez la ou les cases qui correspondent à votre pratique)

11) Dans votre pratique, de quelle nature sont les informations que vous transmettez aux parents ? (Cochez plusieurs cases si besoin)

12) Selon-vous, quelle est la place du système parent(s)-enfant dans la phase de planification du suivi en ergothérapie dans votre pratique ?

13) Concernant votre pratique de la pédagogie auprès des parents, vous diriez que :

14) En début de suivi, comment s'établit généralement le rôle du système parent(s)-enfant dans votre pratique ?

15) Sur une échelle allant de 0 à 10, à quel point êtes-vous d'accord avec la proposition suivante : « Les parents ont un rôle d'expert dans le suivi de leurs enfants en ergothérapie ?

16) Dans quelle mesure le système parent(s)-enfant participe aux décisions concernant l'orientation du suivi en ergothérapie ?

Partie 3 : Dites m'en un peu plus sur vous

17) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat d'ergothérapeute ou l'équivalence en France ?

18) Quel est votre temps de travail au CAMSP ?

19) Quels autres professionnels font partis de l'équipe du CAMSP où vous exercez ?

Avez-vous des remarques ?

Annexe 15 : Données brutes de l'enquête questions 1 à 16

Tableau de données brut nous ayant permis de réaliser les diagrammes de tendance présenté plus bas :

Indicateurs	Questions formulées	Catégorisation des réponses	Réponses obtenues
Dc 7	Sur une échelle allant de 0 à 10, où situeriez-vous votre désir de collaborer avec les autres membres de l'équipe du CAMSP ?	-Dctp7 : 10-9 -Dcip7 : 8-6 -Dcpp7 : 5-0	51 Dctp7 4 Dcip7 0 Dcpp
Dc 9	Pensez-vous connaître le travail que font les professionnels de l'équipe avec laquelle vous travaillez au CAMSP ?	-Dctp9 : 10-9 - Dcip9 : 8-6 - Dcpp9 : 5-0	32 Dctp9 13 Dcip 0 Dcpp
Dc 2	3) A propos de vos échanges avec les autres professionnels du CAMSP, quelle est la proposition qui correspond le plus à votre pratique ?	-Dcip2 : Vous échangez régulièrement mais manquez de temps -Dctp2 : Vous échangez systématiquement -Dcpp2 : Vous échangez occasionnellement ou rarement -Autre	11 Dctp2 43 Dcip2 0 Dcpp2 1 Autres : « Echanges réguliers avec quelques membres de l'équipe mais jamais l'équipe au complet. » (Dcip)

Dc 4	Dans le cas où un enfant est suivi par plusieurs professionnels, sélectionnez la proposition qui correspond à votre pratique :	<p>- Dctp4 : Vous construisez communément avec l'équipe de professionnel un projet pour l'enfant et ses parents au CAMSP</p> <p>- Dcip4 : Vous déterminez un projet pour l'enfant et ses parents en ergothérapie et vous vous réunissez avec l'équipe pour construire une cohérence globale dans sa prise en charge au CAMSP</p> <p>- Dcpp4 : Vous déterminez un projet pour l'enfant en ergothérapie et n'en discutez pas avec le reste de l'équipe avant de le mettre en œuvre</p> <p>-autre</p>	<p>-25Dctp4</p> <p>- 29 Dcip4</p> <p>-1 Dcpp4</p> <p>-1 Autre :</p>
Dc 5	Dans l'équipe dans laquelle vous exercez, diriez-vous que :	<p>- Dcpp5 : Vous exercez dans le domaine de l'ergothérapie sans interdépendance avec les autres professionnels</p> <p>- Dcip5 Vous exercez dans le domaine de l'ergothérapie en interdépendance avec les autres professionnels</p> <p>- Dctp5 Vous exercez de la même manière que les autres professionnels du CAMSP</p> <p>-Autre</p>	<p>8 Dctp5</p> <p>45 Dcip5</p> <p>0 Dcip5</p> <p>2 Autre : variable selon les prises en charge (Non pris en compte car précision de réponse)</p>
Dc 3	Dans votre pratique, quels types d'informations échangez-vous avec les autres professionnels ? (Cochez plusieurs réponses si nécessaire)	<p>- Dcpp3 : Des informations sur les enfants et leurs parents</p> <p>- Dcip3 : proposition précédente+ Des informations sur le suivi que vous effectuez avec les enfants et leurs parents</p> <p>- Dctp3 : 2 propositions précédentes+ des informations sur votre pratique générale de l'ergothérapie, vos formations, vos compétences</p>	<p>25 Dctp3</p> <p>29 Dcip3</p> <p>1 Dcpp3</p> <p>4 Autres : Précisions de réponses (Non classifiée) : - secret professionnel</p>

		-Autre	-Variable selon la PEC
Dc 6	Selon vous, le fait d'exercer au sein d'une équipe a-t-il un impact sur votre pratique de l'ergothérapie ?	<p>-Cela vous freine dans la réalisation de vos suivis</p> <p>- Dcpp6 : Cela n'impacte pas vos suivis</p> <p>- Dcip6 : Cela vous permet d'orienter au mieux vos suivis</p> <p>- Dctp6 : Cela modifie profondément votre pratique</p> <p>-Autre</p>	<p>2 Dctp6</p> <p>44 Dcip6</p> <p>2 Dcpp</p> <p>7 Autres : - « modifie les objectifs de pratique » (Dctp6)</p> <p>- « enrichissement considérable » (Dctp6)</p> <p>-« Affine le suivi ergo » (Dctp6)</p> <p>- « Approfondit les fondements de la pratique » (Dctp6)</p> <p>- « freine parfois mais enrichissement certain » (Dcip6)</p> <p>-« Soutien la pratique » (Dcip6)</p> <p>-Et permet d'orienter la pratique (Dctp6)</p>

Dc 8	Au sein du CAMSP où vous exercez disposez-vous de temps pour évaluer votre pratique en tant qu'équipe ?	<ul style="list-style-type: none"> - Dctp8 : Oui régulièrement - Dcip8 : Oui mais rarement - Dcpp8 : Non -Autre 	<p>22 Dctp8</p> <p>20 Dcip8</p> <p>7 Dcpp8</p> <p>6 Autre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « De temps en temps » (Dctp8) -2 réponses : »1 fois par mois mais seul ergo » (Dctp8) - « Pas de temps formalisé mais fait si l'équipe en a besoin » (Dcip 8) - « Régulièrement jusqu'à cette année, coupe budgétaire »(Dcpp8) - « Réunion institutionnelle trimestrielle et lors des synthèse hebdomadaire » (Dcip8)
Dc 1	Pensez-vous partager des concepts, un langage et des valeurs en commun avec les autres professionnels ?	<ul style="list-style-type: none"> - Dctp1 : Oui, vous travaillez avec l'équipe à sa consolidation - Dcip1 : Vous essayez avec l'équipe de construire un socle commun - Dcpp1 : Non 	<p>28 Dctp1</p> <p>25 Dcip1</p> <p>1 Dcpp1</p> <p>1 Autre : « Je travaille au CAMSP à temps très partiel ce qui</p>

		-Autre	ne facilite pas vraiment le faire équipe » (Dcpp1)
E 6	Selon vous, quelle est la place des parents et de l'enfant dans la phase de planification du suivi en ergothérapie dans votre pratique ?	<p>-Eif6 : vous élaborez le suivi qui vous semble le plus adaptée pour l'enfant et faites des points au cours du suivi avec le système parents-enfant si besoin</p> <p>-Ecs6 : Vous élaborez le suivi pour l'enfant et le présentez au système parents-enfant avant de le mettre en œuvre</p> <p>-Ecb6 : Vous élaborez le projet de l'enfant et le modifiez avec le système parents-enfant avant de le mettre en œuvre</p> <p>-Ept6 : Vous élaborez le projet avec la participation du système parents-enfant lors de rencontre ceux-ci</p> <p>-Autre</p>	<p>12 Eif6</p> <p>10 Ecs6</p> <p>9 Ecb6</p> <p>23 Ept6</p> <p>1 Autre : - « J'élabore le suivi pour l'enfant puis je le soumetts aux parents pour les sensibiliser et la PEC débute avec l'accord de chaque partie » (Ecb6)</p>
E 1	<p>Dans votre pratique, de quelle nature sont les informations que vous transmettez aux parents ?</p> <p>(Cochez plusieurs cases si besoin)</p>	<p>- Eif1 : des informations sur l'enfant</p> <p>- Ecs1 : Eif1+ des informations sur le déroulement du suivi de l'enfant au CAMSP</p> <p>- Ecb1 : Eif1+ Ecs1+ des informations sur les possibilités d'action des parents dans le suivi de l'enfant</p> <p>-Ept1 : Eif1+ Ecs1+Ecb1+ des informations de toute nature, votre pratique se base sur la transparence</p> <p>-Autre</p>	<p>4 Eif1</p> <p>4 Ecs1</p> <p>14 Ecb1</p> <p>32 Ept1</p> <p>1 Autre classé : - « Des informations sur le lien avec les autres professionnels » (Ecb1)</p> <p>Et des précisions de réponses sur les données transmises : - « Compte-rendu »</p>

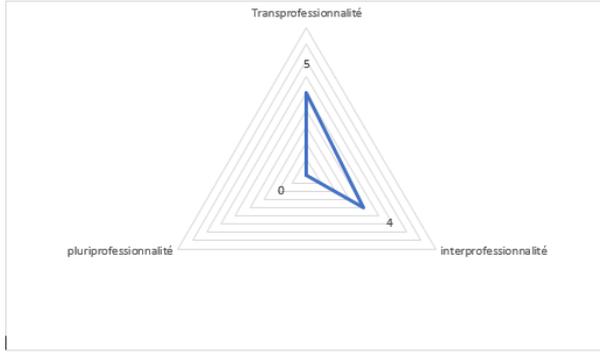
			<p>- « synthèse des différents professionnels »</p> <p>- « Information sur la pathologie »</p>
E 2	Concernant votre pratique de la pédagogie auprès des parents, vous diriez que :	<p>- Ecb2 : Vous créez des situations d'apprentissage pour les parents dans le cadre du suivi de leur enfant</p> <p>- Ecs2 : vous n'êtes pas assez en contact avec les parents pour créer des situations d'apprentissage</p> <p>- Ept2 : Vous créez des situations d'apprentissage pour les parents dépassant le cadre du suivi de leur enfant et leur permettant de s'autonomiser</p> <p>-Autre et Eif2</p>	<p>0 Eif2</p> <p>11 Ecs2</p> <p>35 Ecb2</p> <p>8 Ept2</p> <p>2 Autre : - « je ne les crée pas assez mais j'essaye d'avoir ces temps avec les parents » (Ecb2)</p> <p>-Manque de recul (non classé)</p>
E 5	En début de suivi, comment s'établit le rôle du système parents-enfant dans votre pratique ?	<p>- Eif5 :Le rôle des parents s'établit naturellement</p> <p>- Ecs5 : Vous expliquez aux parents le rôle qu'ils auront dans le suivi de l'enfant</p> <p>- Ecb5 : Vous échangez avec les parents de la place qu'ils prendront dans le suivi de l'enfant</p> <p>- Ept5 : le rôle des parents est issu d'une décision prise communément par ces derniers et vous-même</p> <p>-autre</p>	<p>27 Eif5</p> <p>4 Ecs5</p> <p>10 Ecb5</p> <p>9 Ept5</p> <p>4 Autre : - « s'établit naturellement et est étroitement liée à l'intérêt et la participation des parents dans le suivi » (Eif5)</p>

			<p>- « Le CAMSP » s'ajuste au rôle des parents (Ecs5)</p> <p>-parents sollicités dès le départ (Ecs5)</p> <p>-« Rien est systématique [] tous les parents n'étant pas capable de prendre la place, mais on y travaille » (Ecb5)</p>
E 4	<p>Sur une échelle allant de 0 à 10,</p> <p>à quel point êtes-vous d'accord avec la proposition suivante : « les parents ont un rôle d'expert dans le suivi de leurs enfants en ergothérapie ?</p>	<p>-Eif4 : 5-0</p> <p>-Ecs4 : 6-5</p> <p>-Ecb4 : 8-7</p> <p>-Ept4 : 10-9</p>	<p>3 Eif4</p> <p>13 Ecs4</p> <p>23 Ecb4</p> <p>16 Ept4</p>
E 3	<p>Dans quelle mesure le système parents-enfant participe aux décisions concernant l'orientation du suivi en ergothérapie ?</p>	<p>- Eif3 : Vous décidez de l'orientation du suivi en votre qualité de professionnel</p> <p>- Ecs3 : Vous les orientez vers les choix qui semblent plus appropriés pour l'enfant</p> <p>- Ecb3 : Vous discutez ensemble des différentes possibilités</p> <p>- Ept3 : Vous les accompagnez jusqu'à ce qu'ils puissent prendre de manière autonome des décisions éclairées</p> <p>-Autre</p>	<p>-2 Eif3</p> <p>-11 Ecs3</p> <p>-26 Ecb3</p> <p>-14 Ept3</p> <p>-2 Autre :</p> <p>- « En équipe on propose une orientation basée sur nos bilans en leur expliquant [...] la décision revient aux</p>

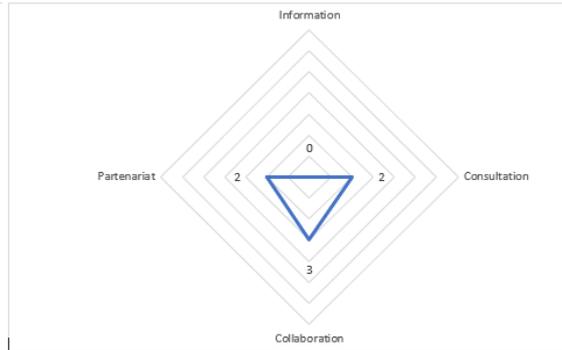
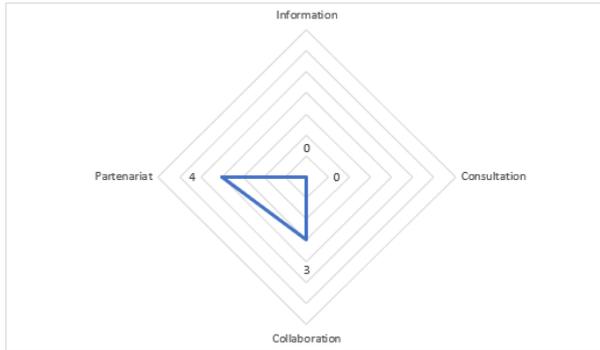
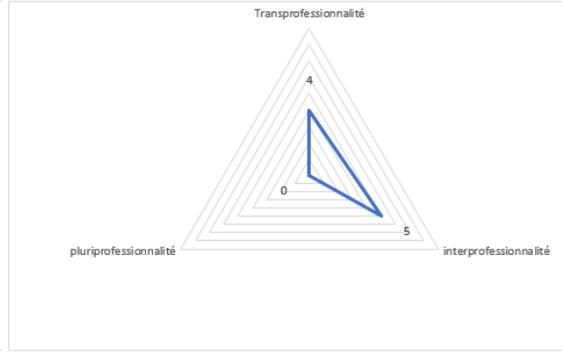
			parents » (Ecb3) - « Oriente vers les choix qui semblent les plus appropriés tout en expliquant, discutant » (Ecs3)
E 7	Dans le cadre de votre travail au CAMSP, réalisez-vous des actions, seul ou en équipe, pour soutenir la participation du système parents-enfant dans ces différents champs ? (Cochez la ou les cases correspondant à votre pratique)	-Eif7 : Vous ne réalisez pas d'action pour soutenir la participation du système parents-enfant - Ecs7 : Le suivi de leur enfant en ergothérapie - Ecb7L'Organisation du CAMSP - Ept7 : L'élaboration des politiques de santé ou La recherche ou l'enseignement -Autre	5 Eif7 20 Ecs7 25 Ecb7 5 Ept7 4 Autres : les interrogés se demandent si ils ont bien compris la question et si leurs réponses correspondent à leurs pratiques.

Ci-dessous il sera présenté les radars des tendances des ergothérapeutes à s'inscrire dans les différentes modalités de démarche collaborative et les différentes modalités d'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie en fonction de leurs réponses aux questions 1 à 16 :

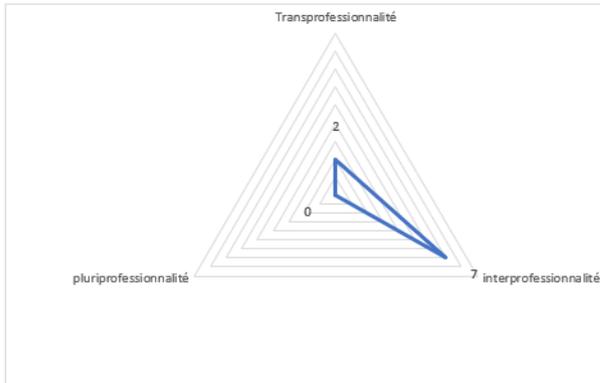
Ergothérapeute 1



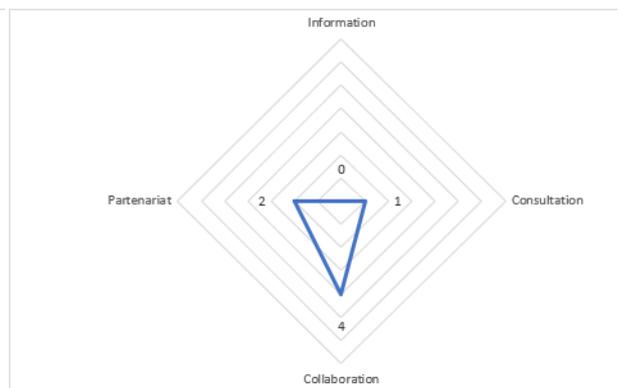
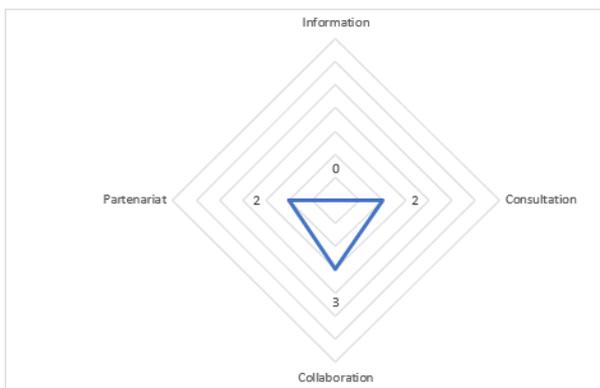
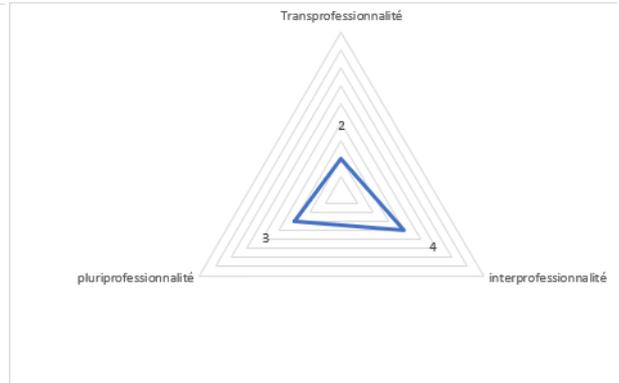
Ergothérapeute 2



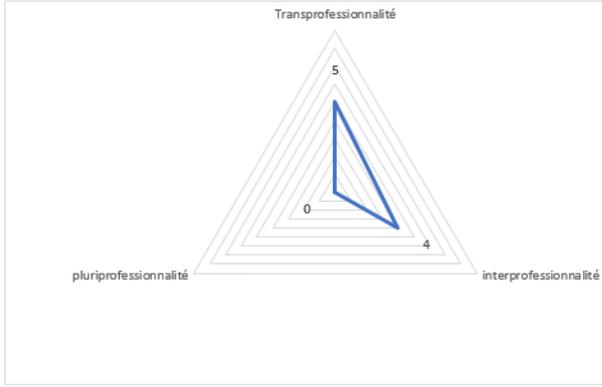
Ergothérapeute 3



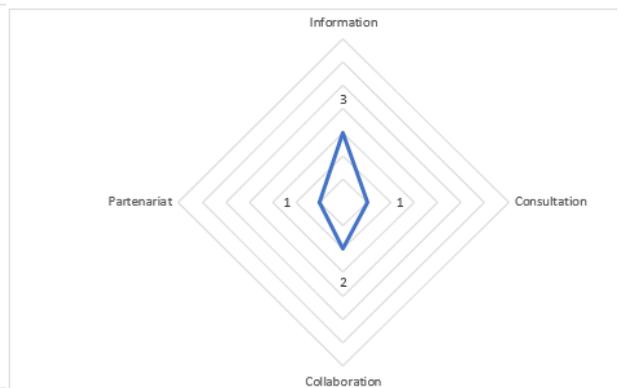
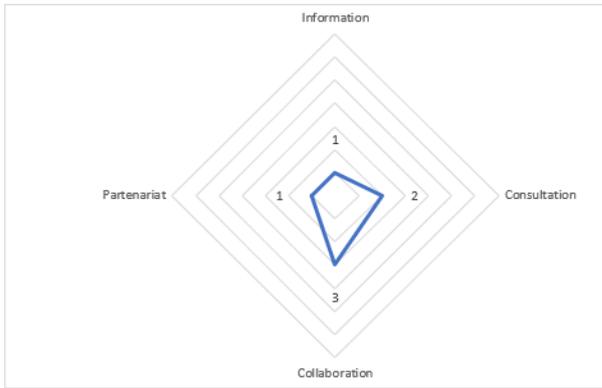
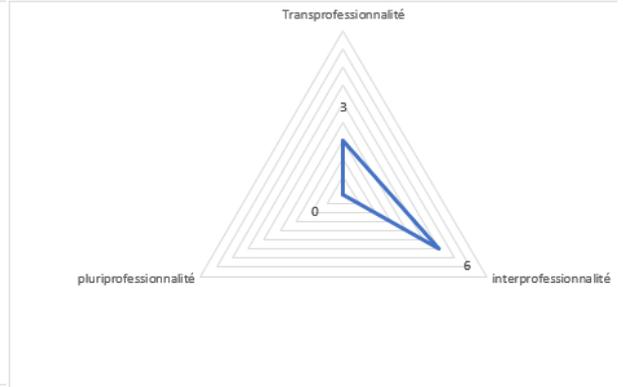
Ergothérapeute 4



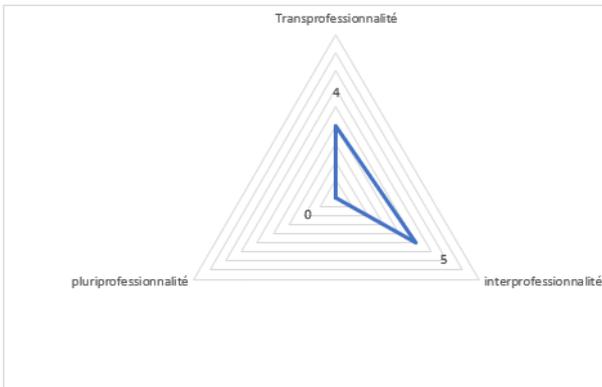
Ergothérapeute 5



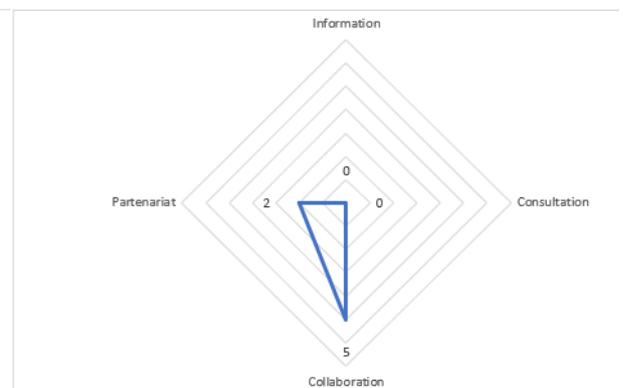
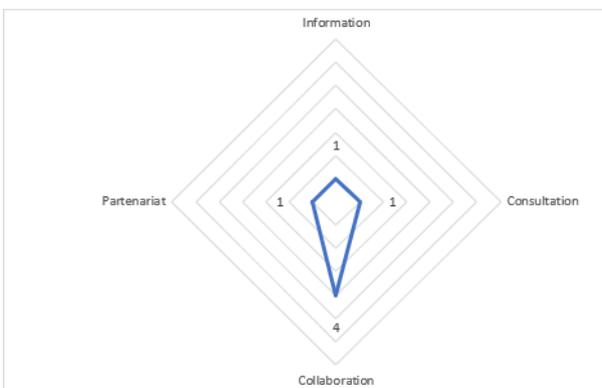
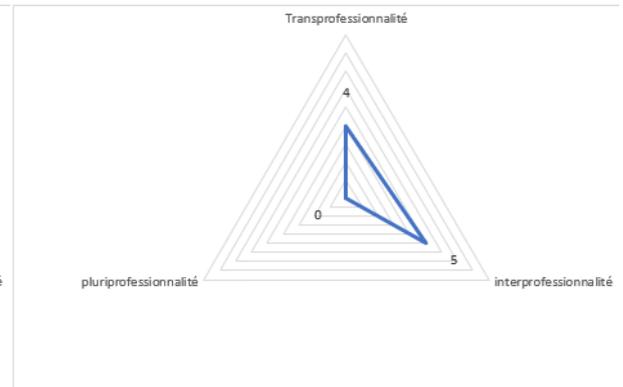
Ergothérapeute 6



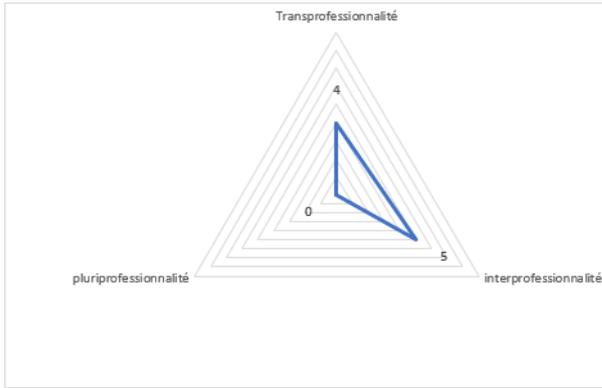
Ergothérapeute 7



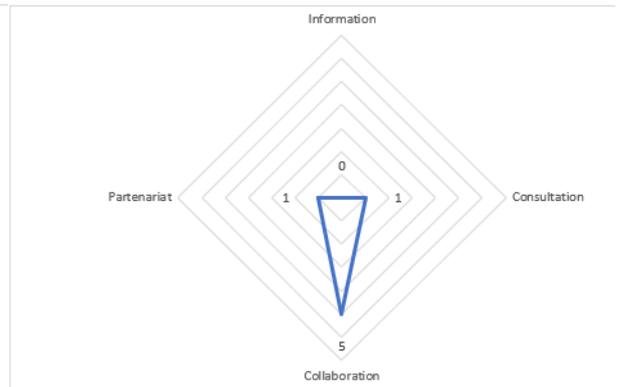
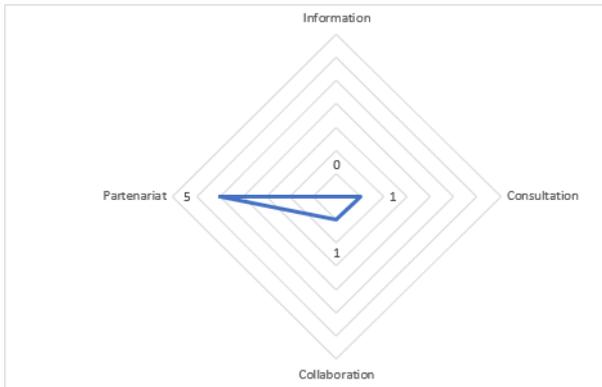
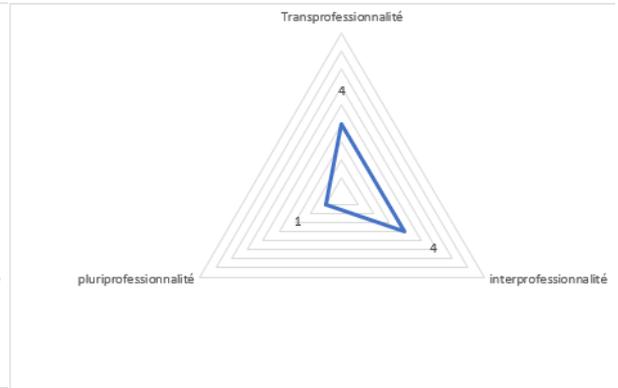
Ergothérapeute 8



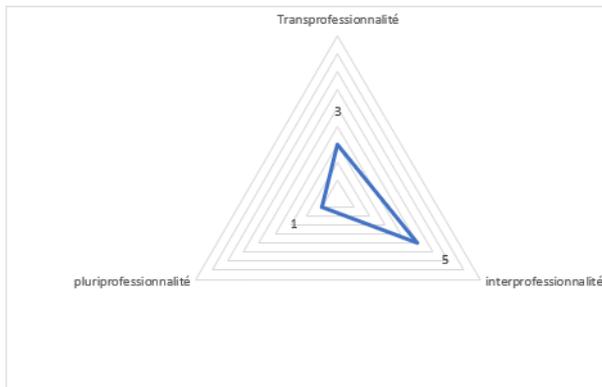
Ergothérapeute 9



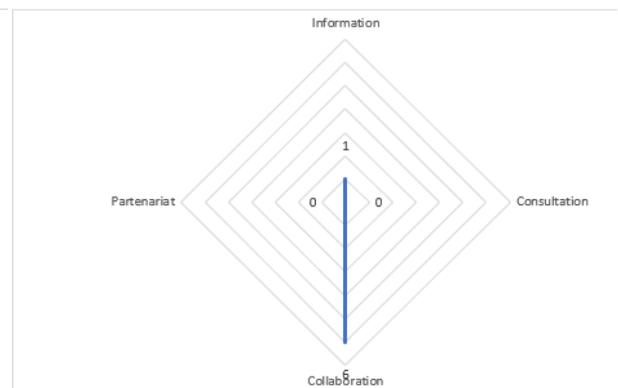
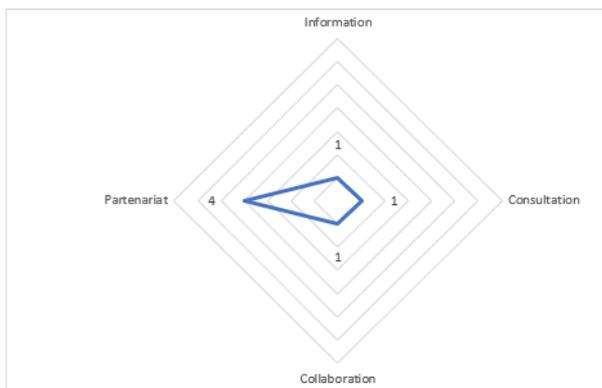
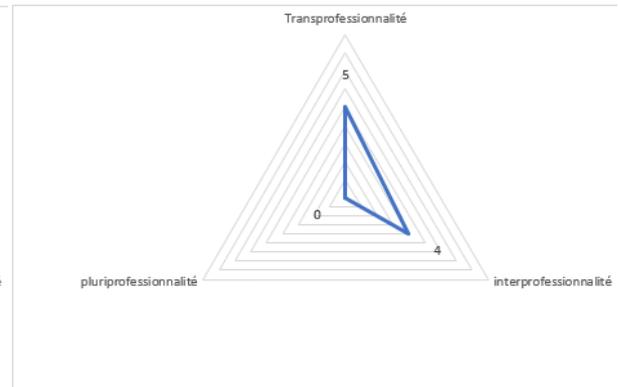
Ergothérapeute 10



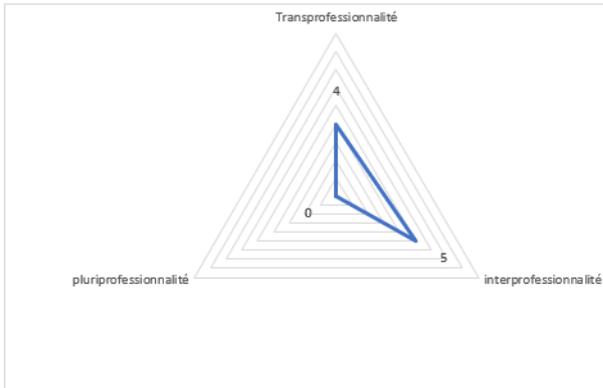
Ergothérapeute 11



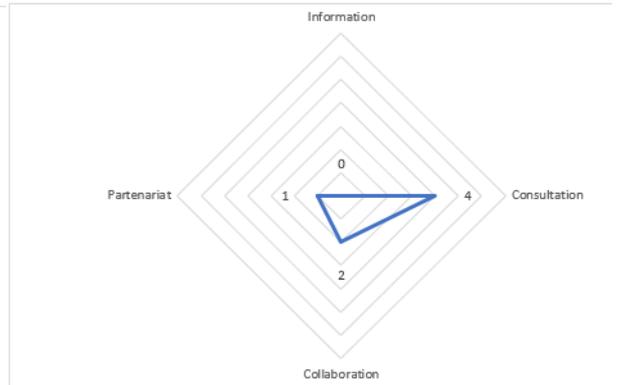
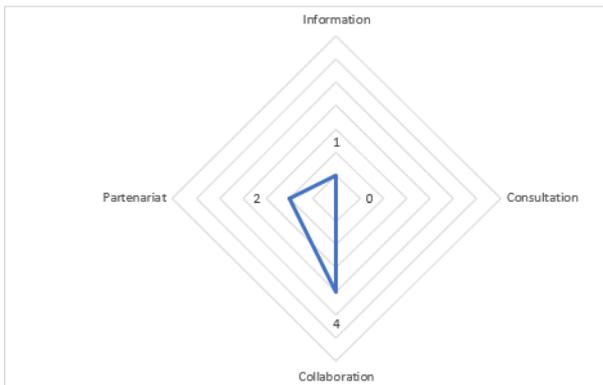
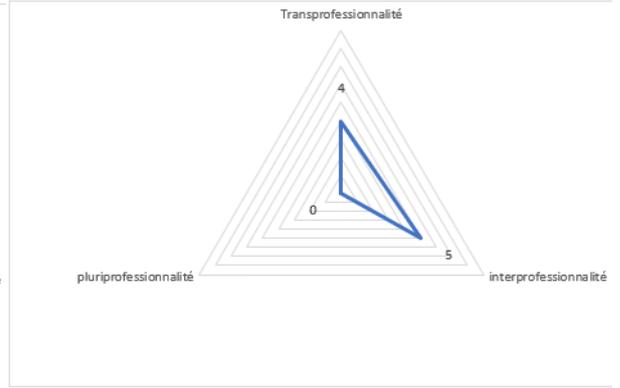
Ergothérapeute 12



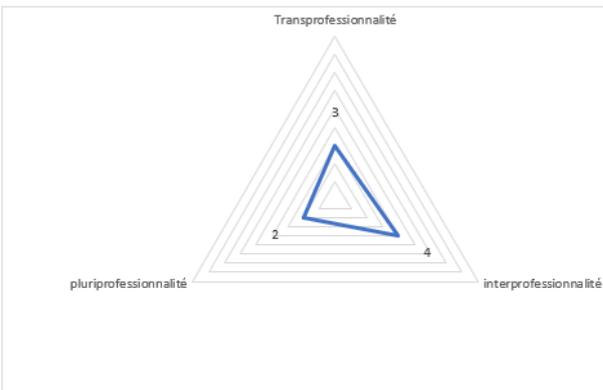
Ergothérapeute 13



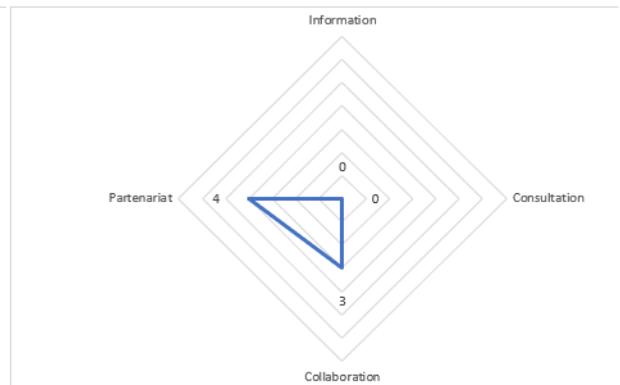
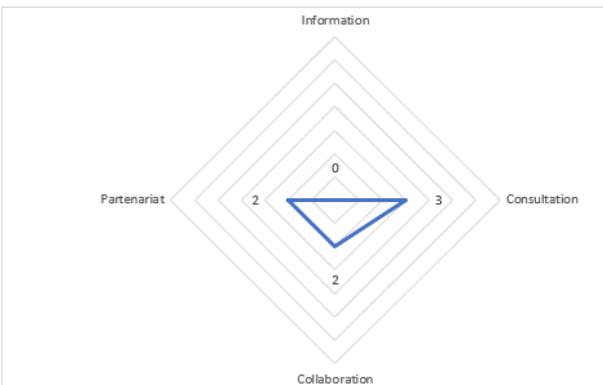
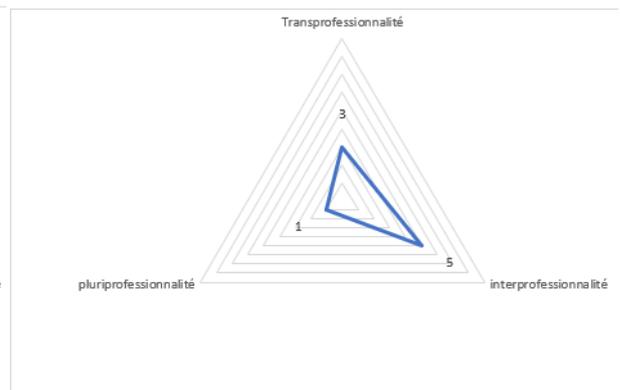
Ergothérapeute 14



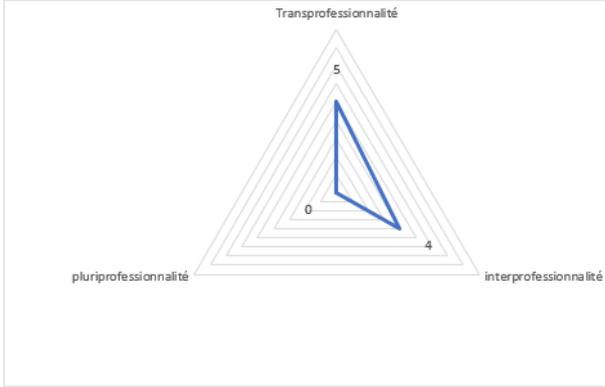
Ergothérapeute 15



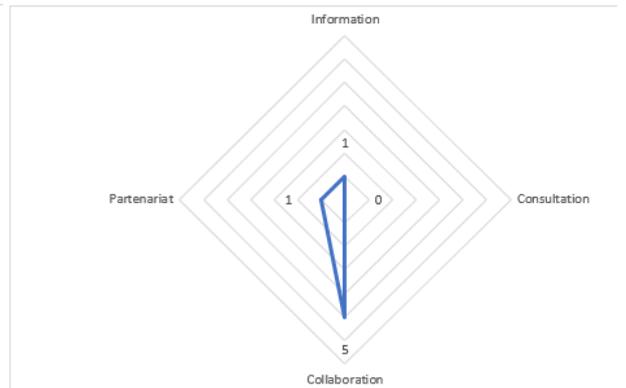
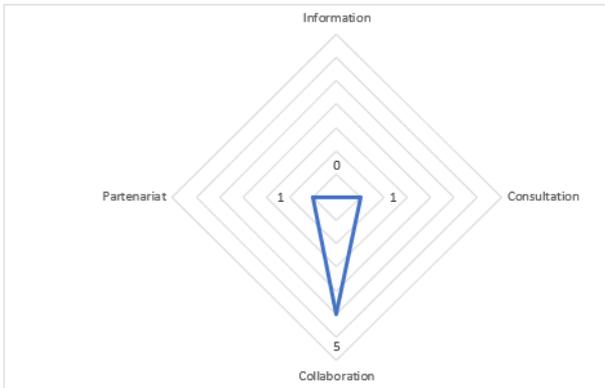
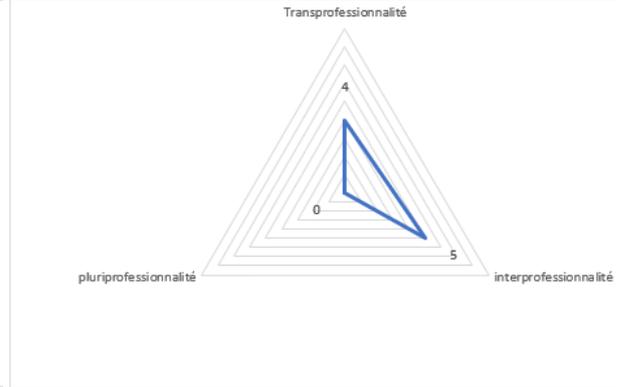
Ergothérapeute 16



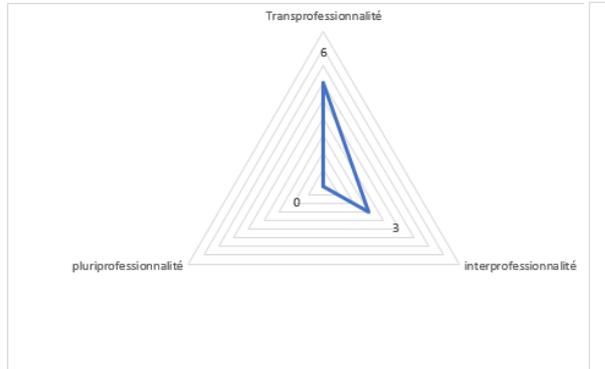
Ergothérapeute 17



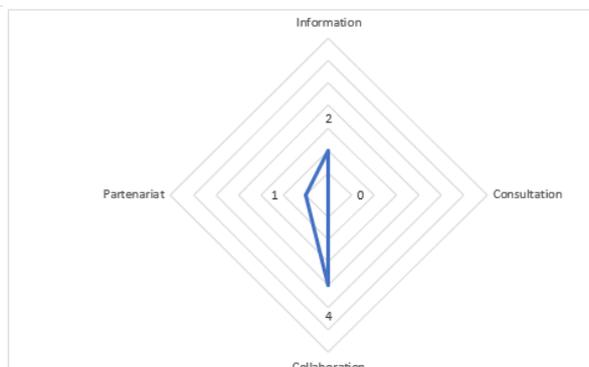
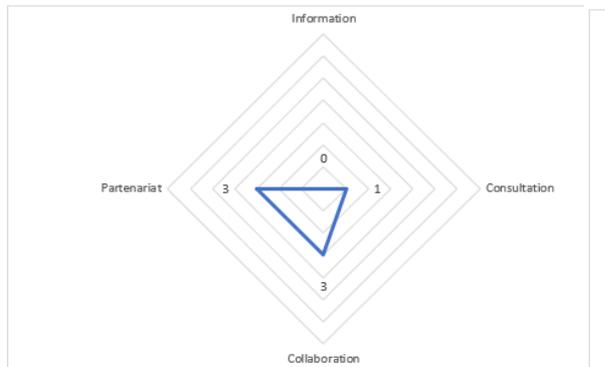
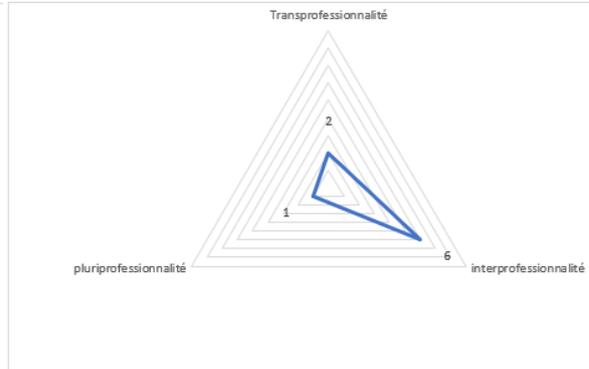
Ergothérapeute 18



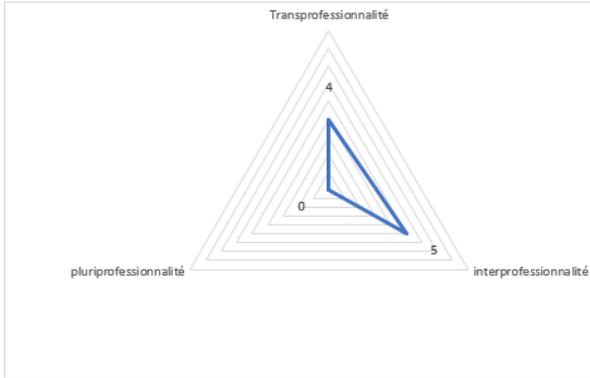
Ergothérapeute 19



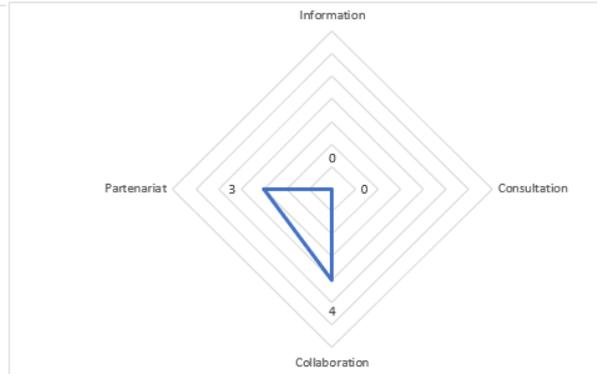
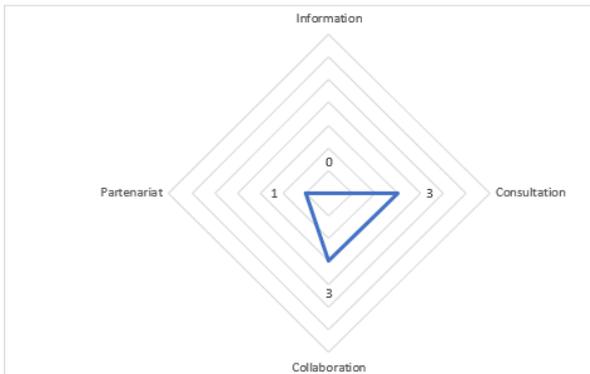
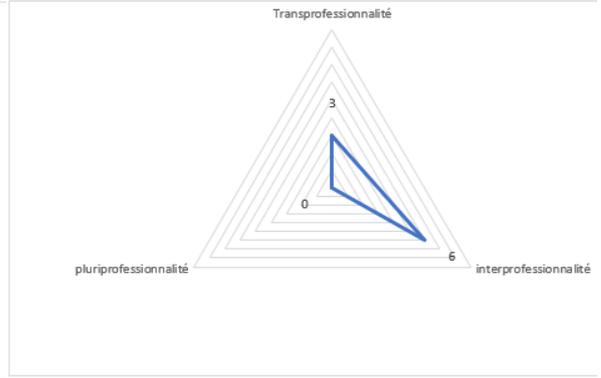
Ergothérapeute 20



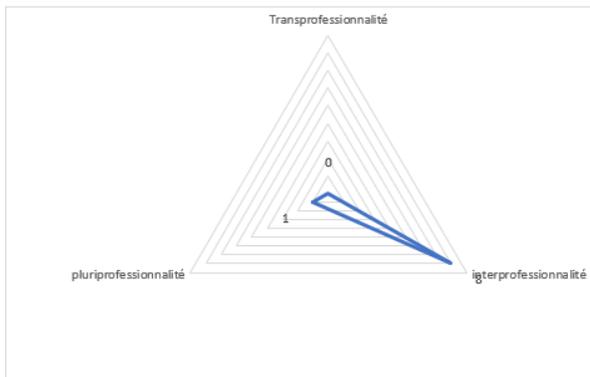
Ergothérapeute 21



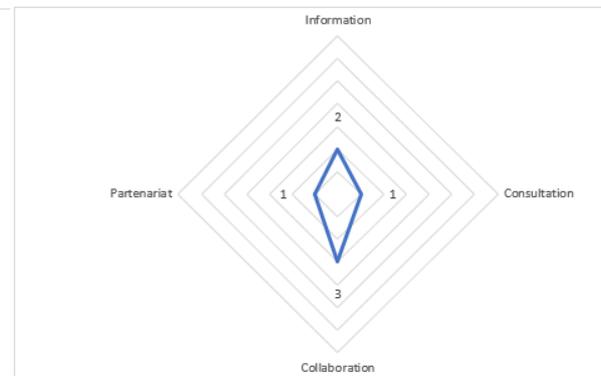
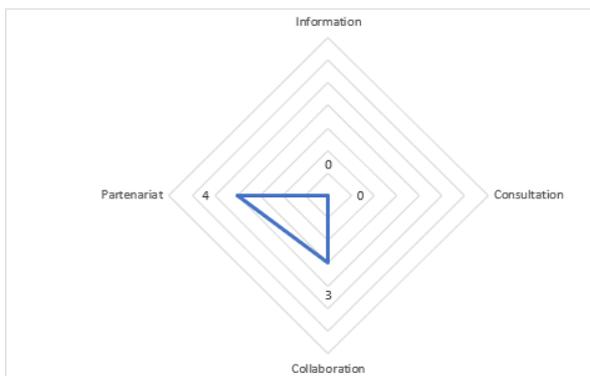
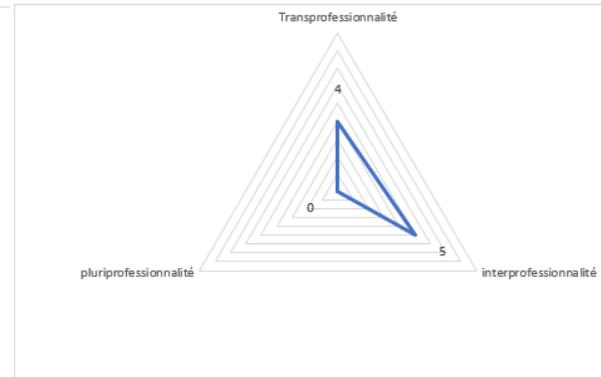
Ergothérapeute 22



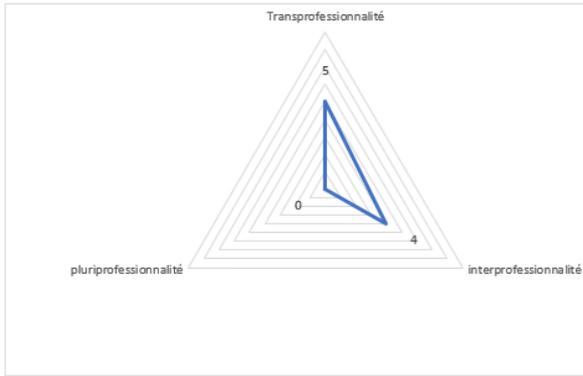
Ergothérapeute 23



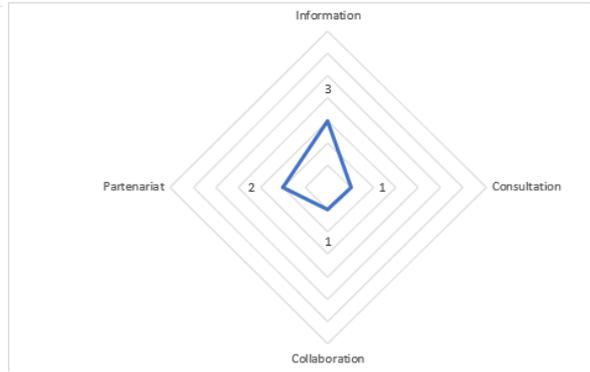
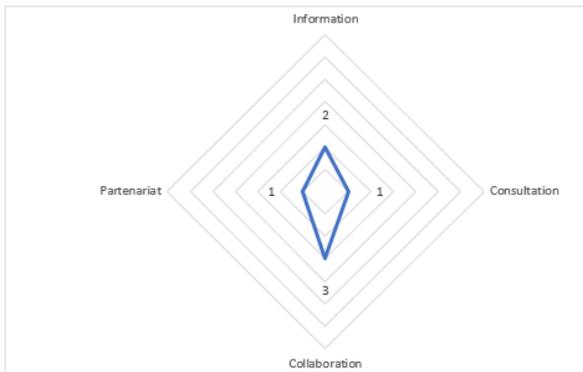
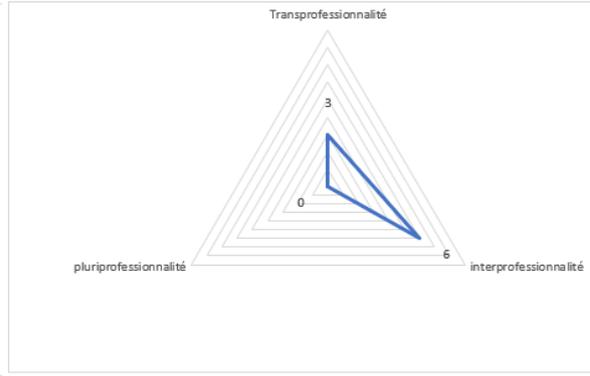
Ergothérapeute 24



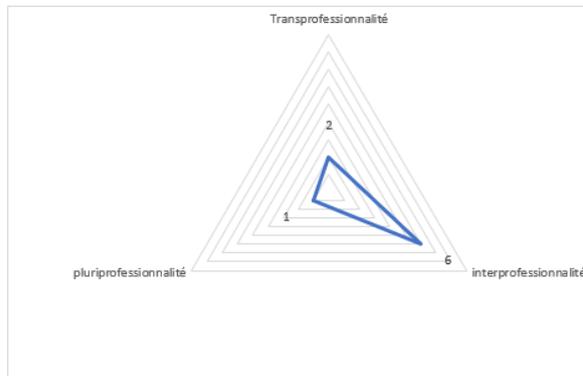
Ergothérapeute 25



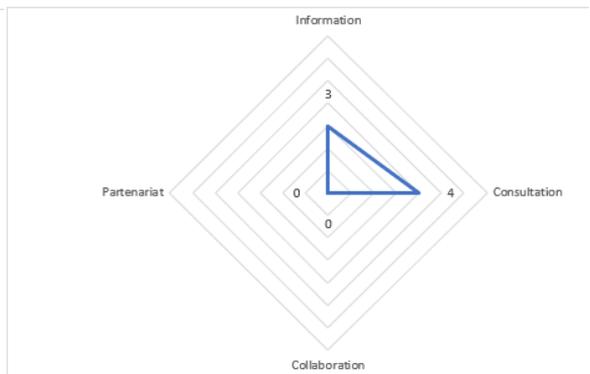
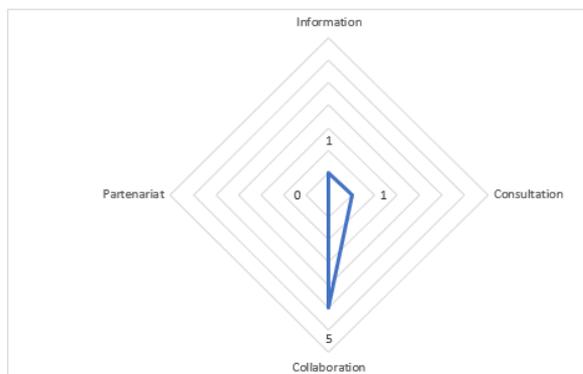
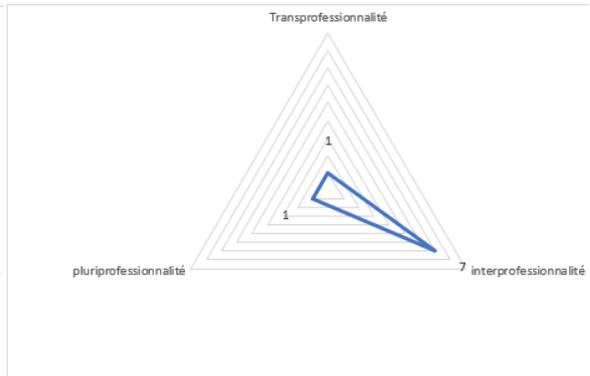
Ergothérapeute 26



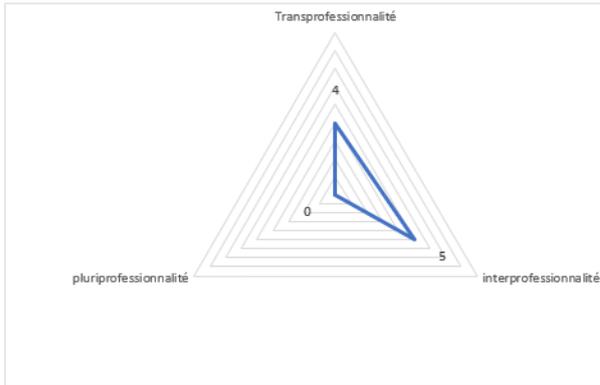
Ergothérapeute 27



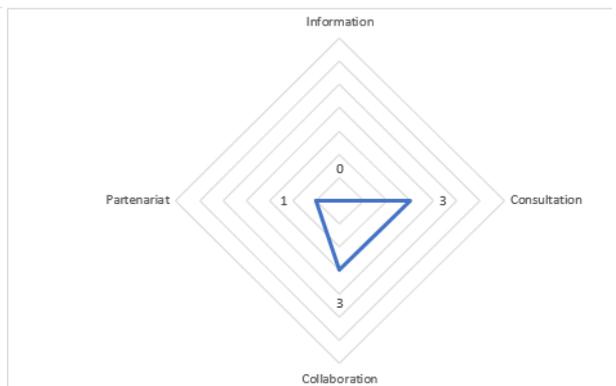
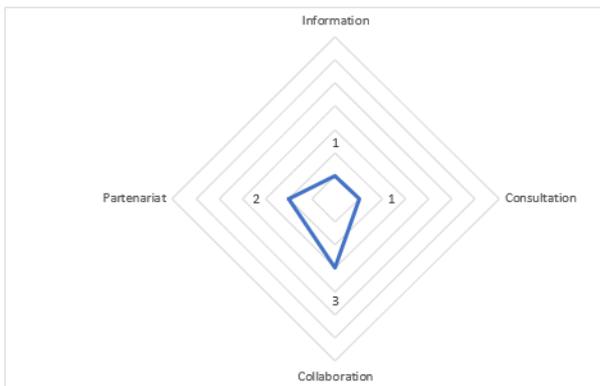
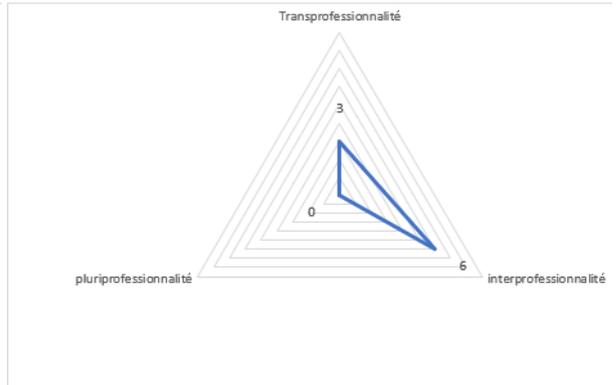
Ergothérapeute 28



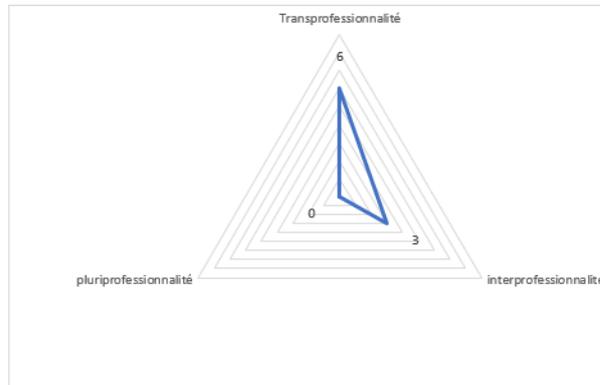
Ergothérapeute 29



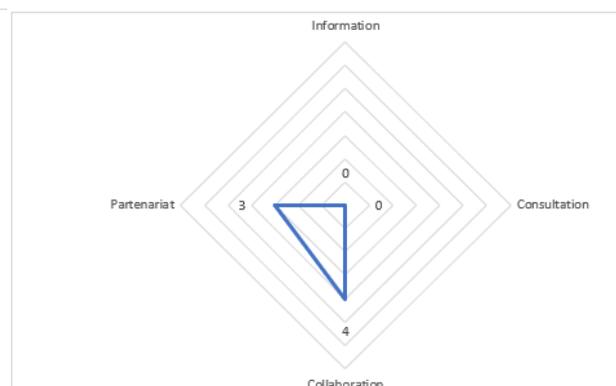
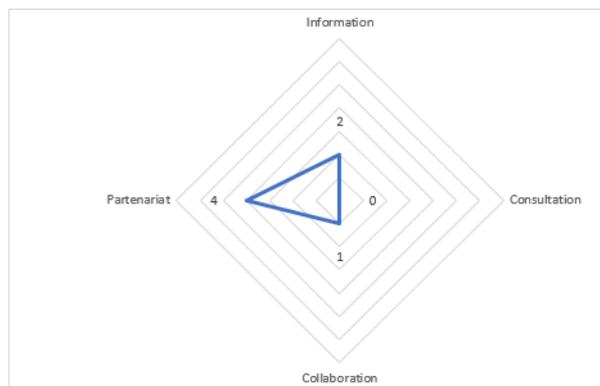
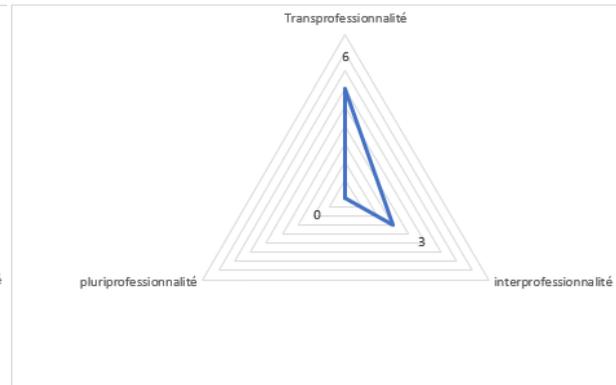
Ergothérapeute 30



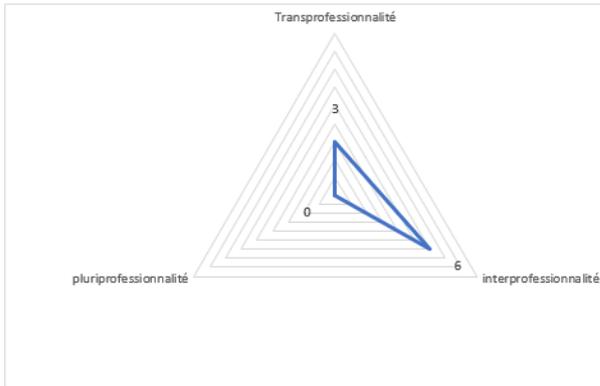
Ergothérapeute 31



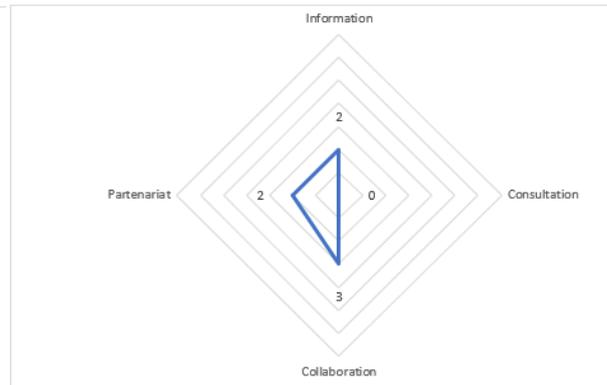
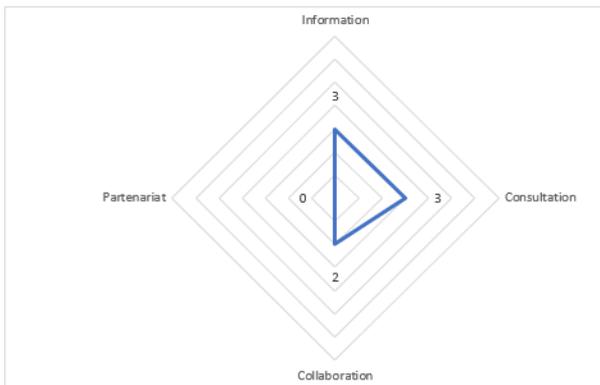
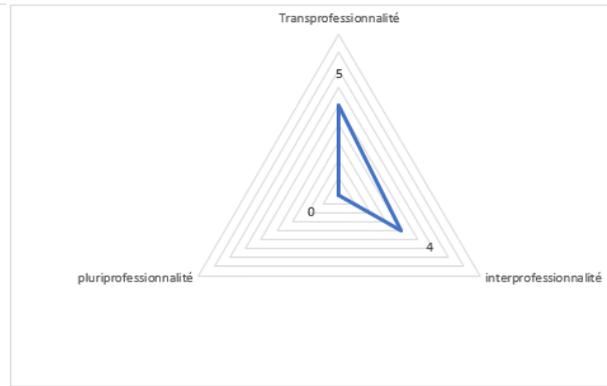
Ergothérapeute 32



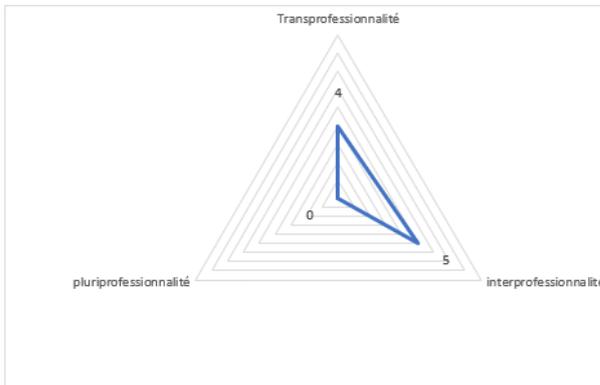
Ergothérapeute 33



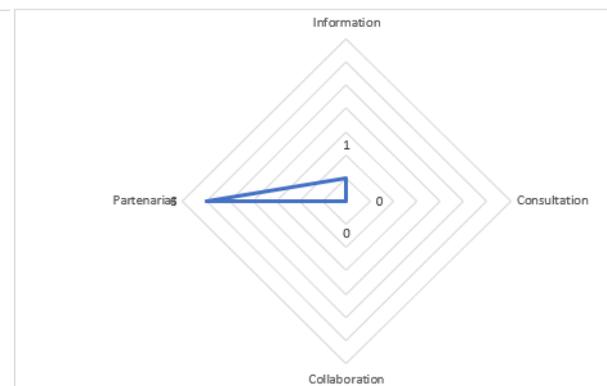
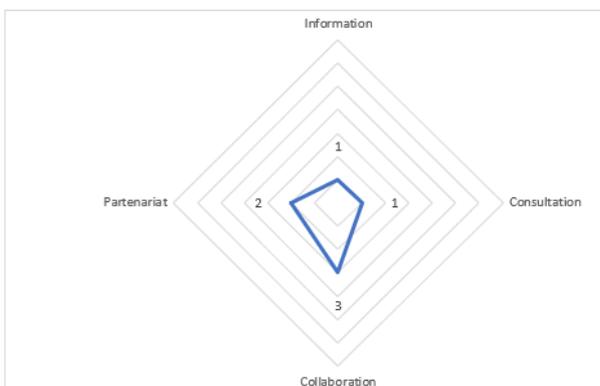
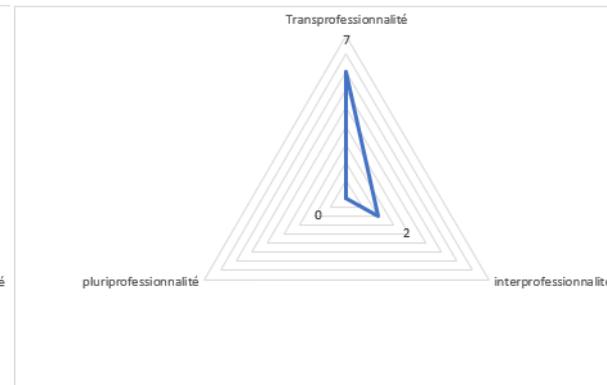
Ergothérapeute 34



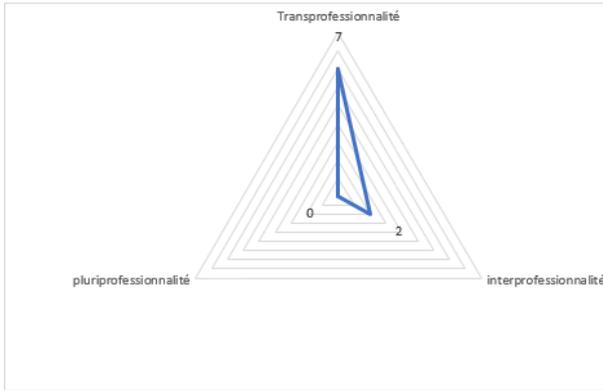
Ergothérapeute 35



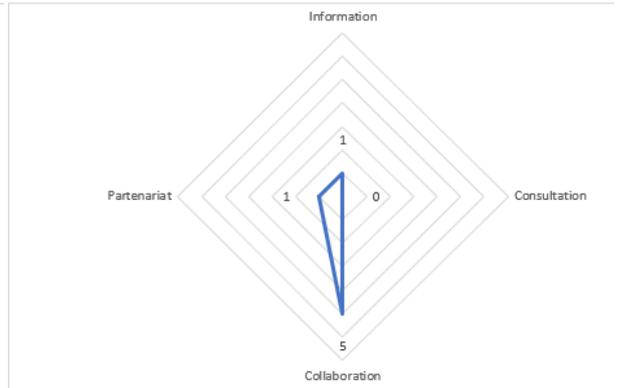
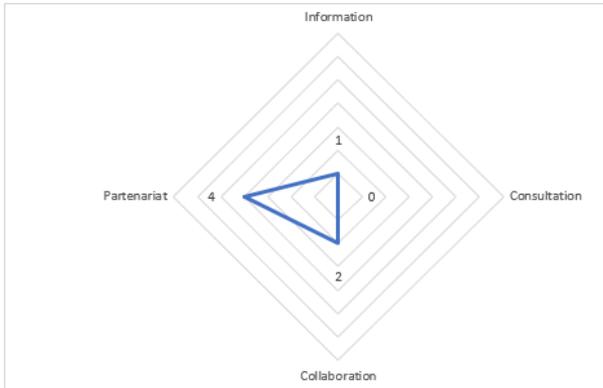
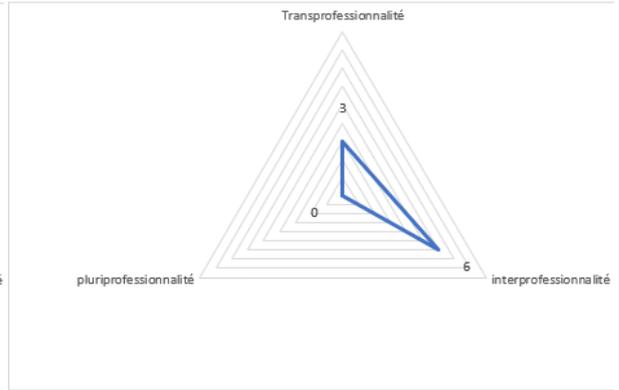
Ergothérapeute 36



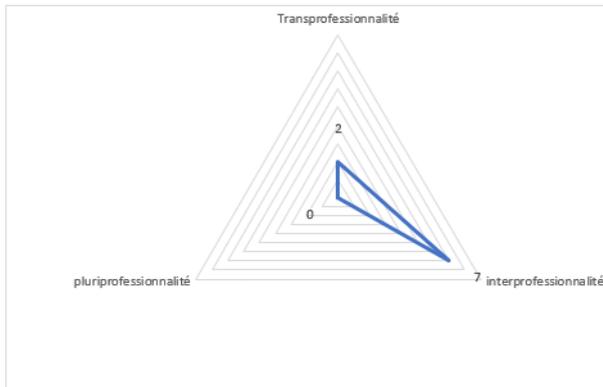
Ergothérapeute 37



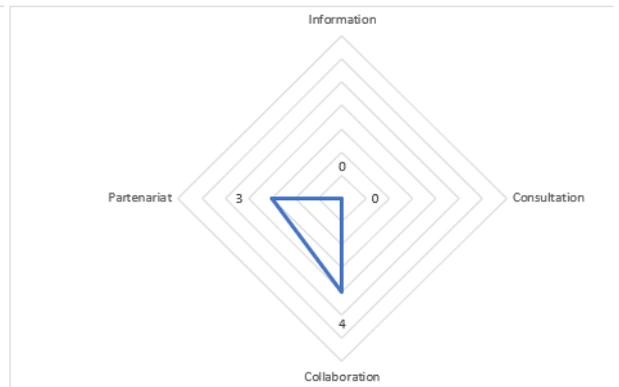
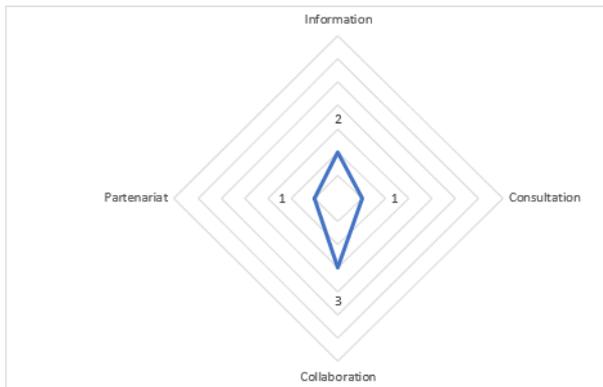
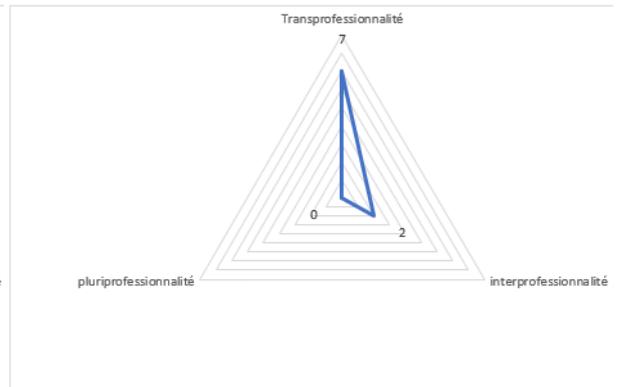
Ergothérapeute 38



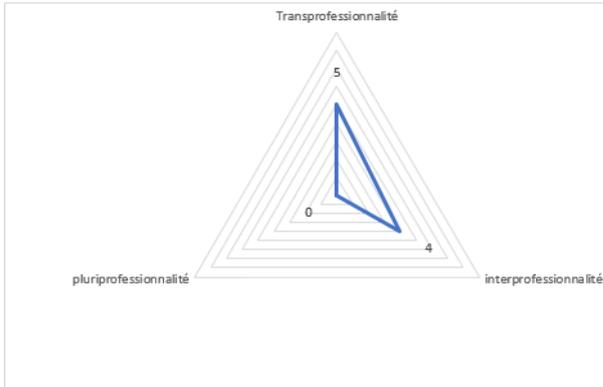
Ergothérapeute 39



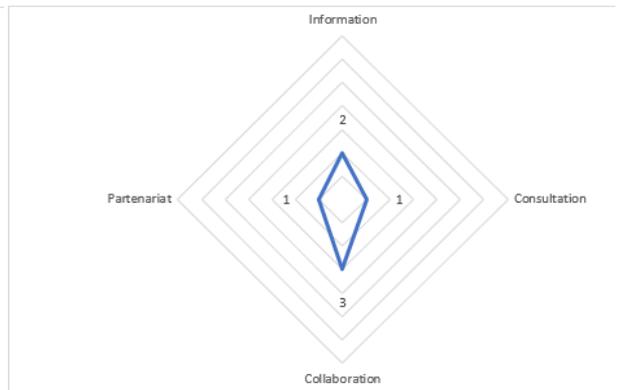
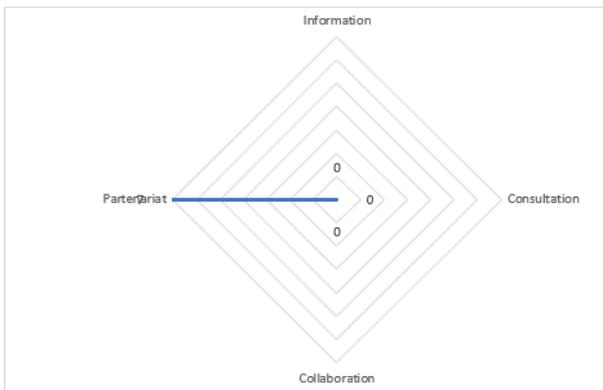
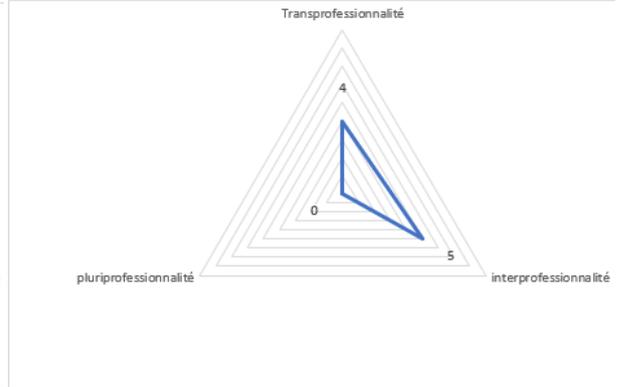
Ergothérapeute 40



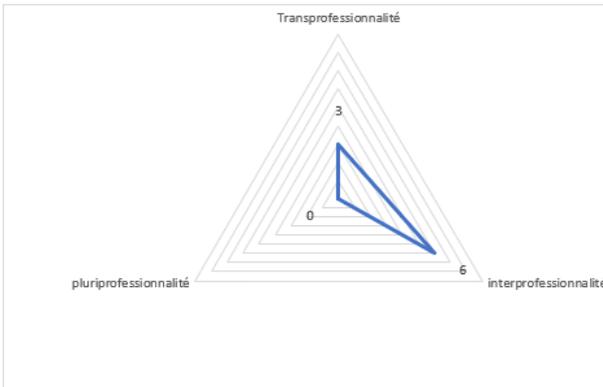
Ergothérapeute 41



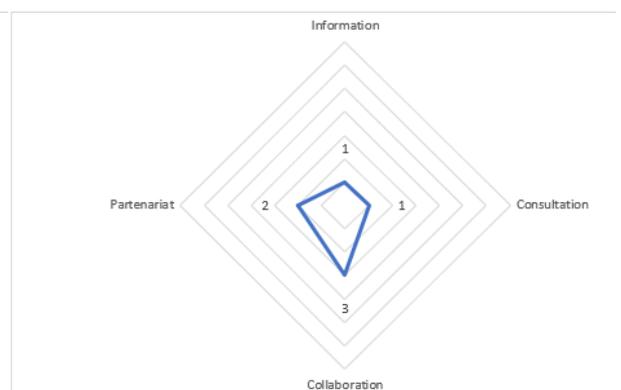
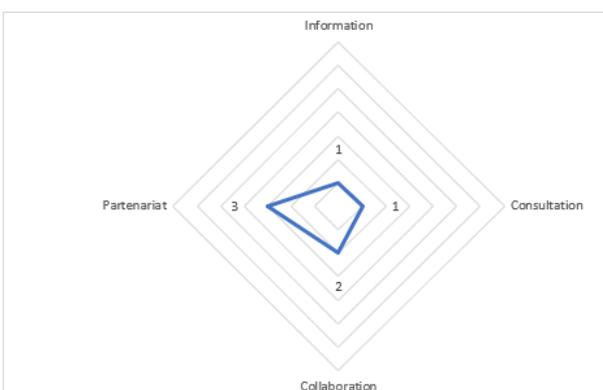
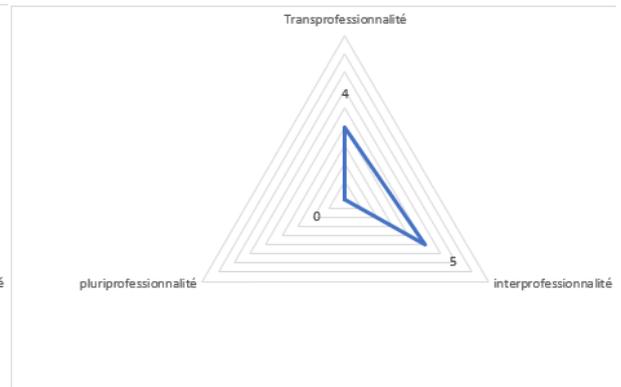
Ergothérapeute 42



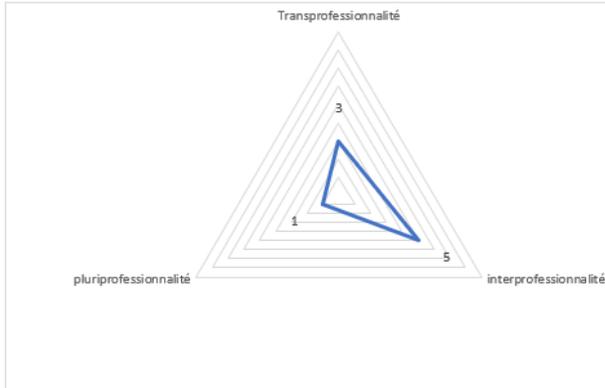
Ergothérapeute 43



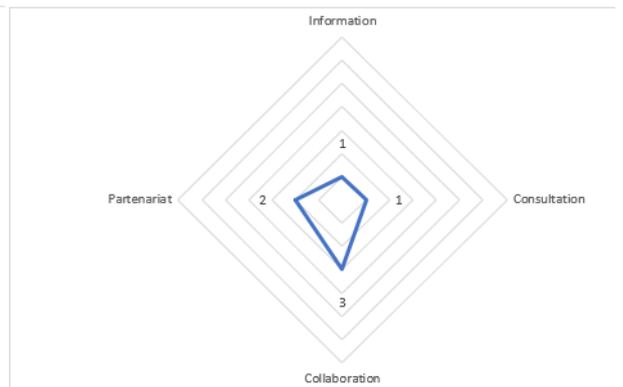
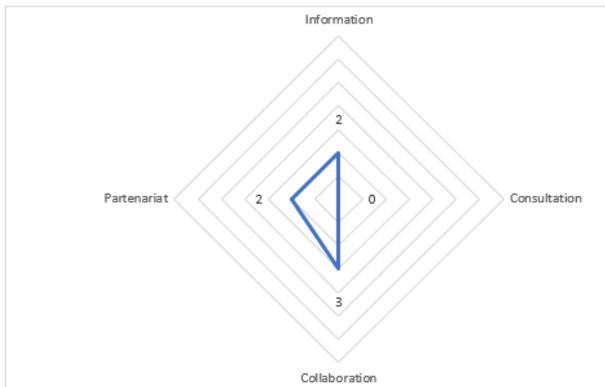
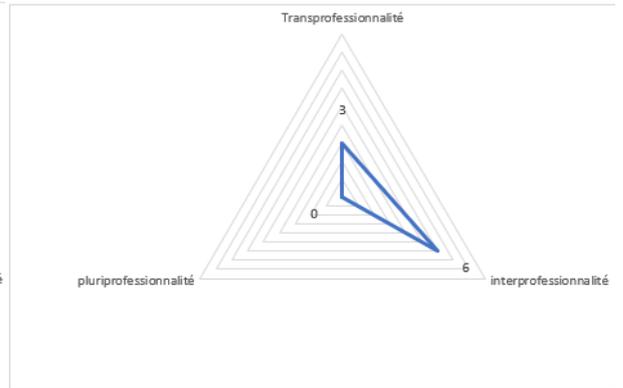
Ergothérapeute 44



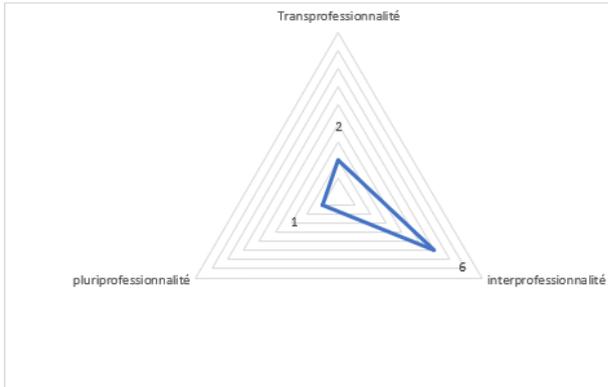
Ergothérapeute 45



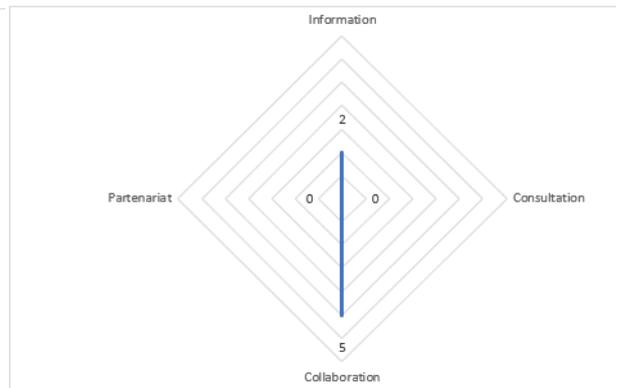
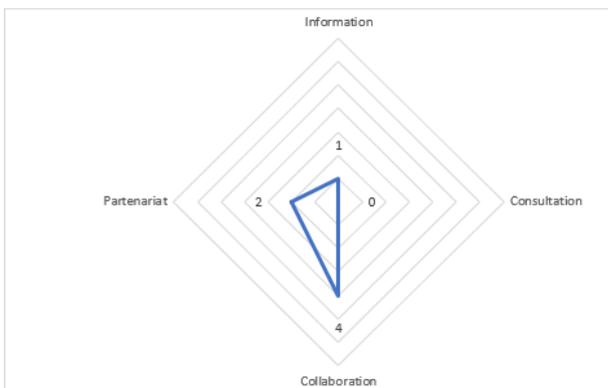
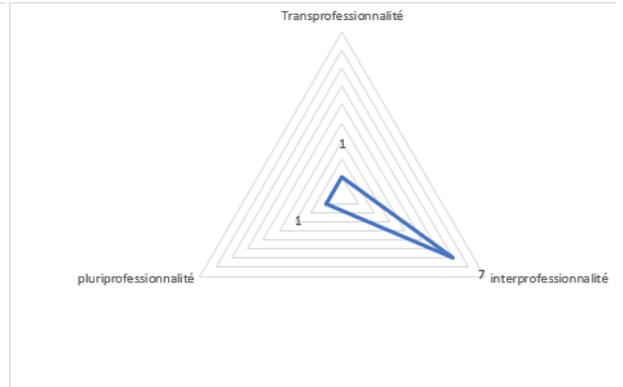
Ergothérapeute 46



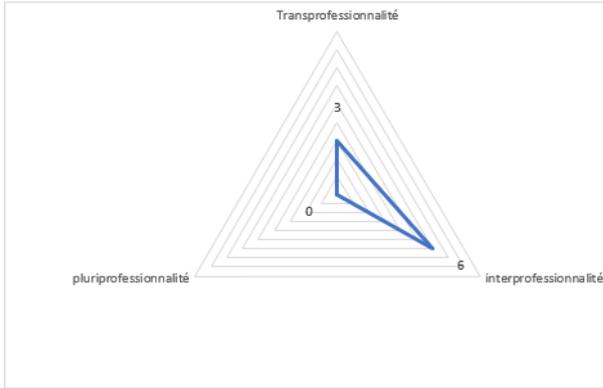
Ergothérapeute 47



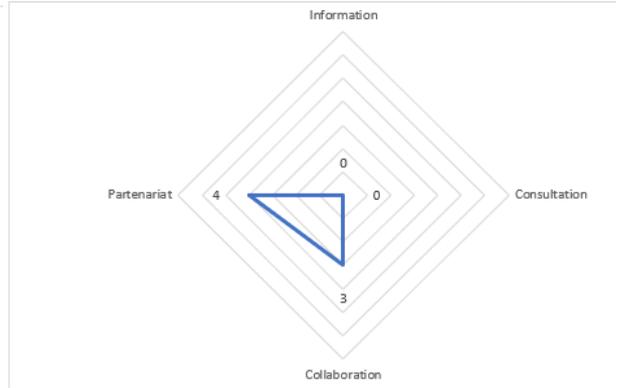
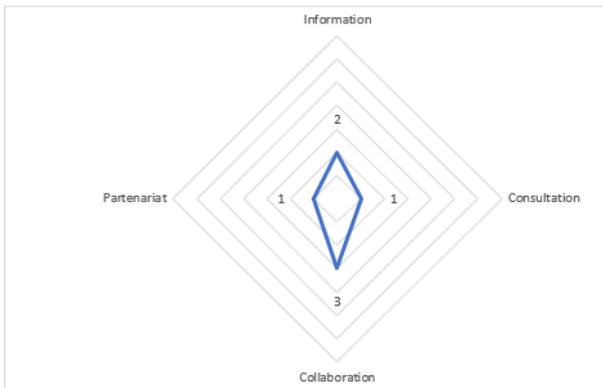
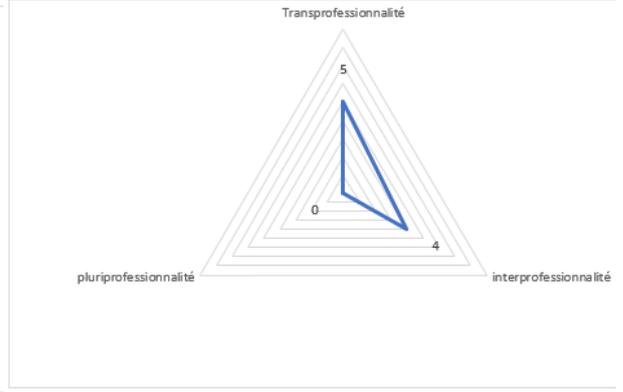
Ergothérapeute 48



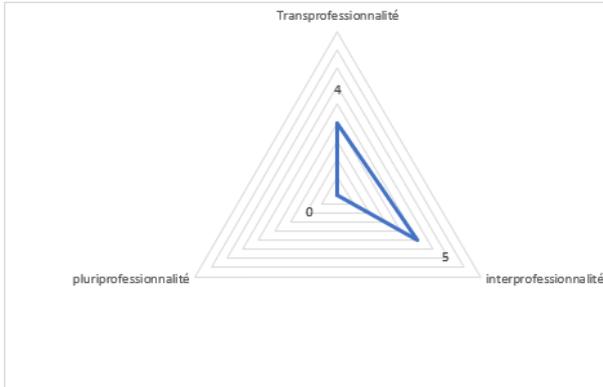
Ergothérapeute 49



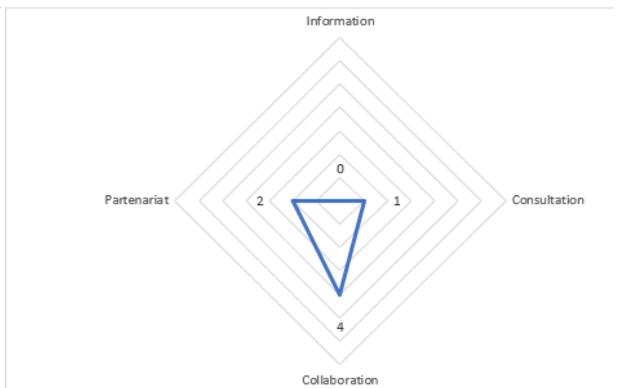
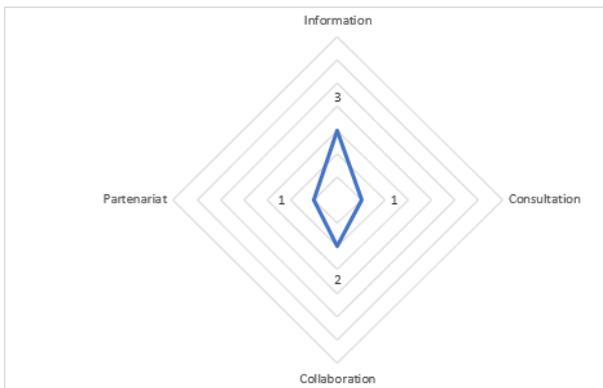
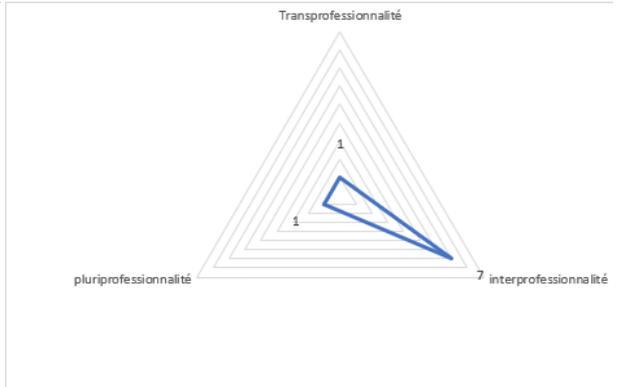
Ergothérapeute 50



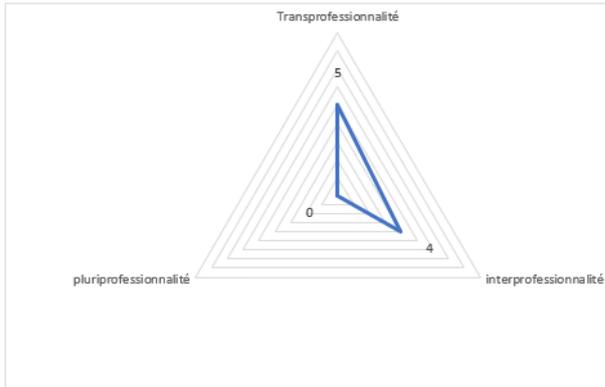
Ergothérapeute 51



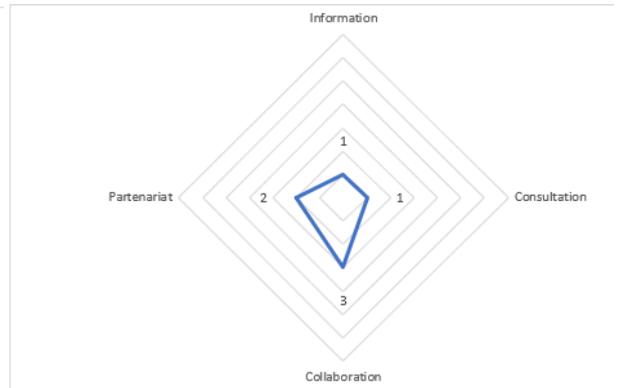
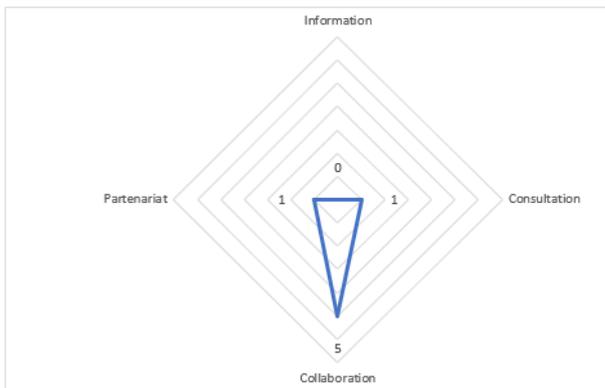
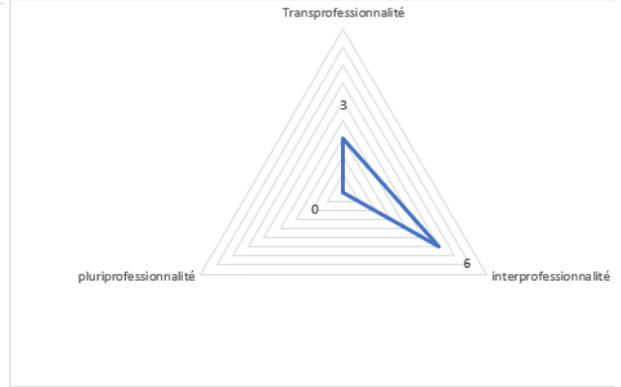
Ergothérapeute 52



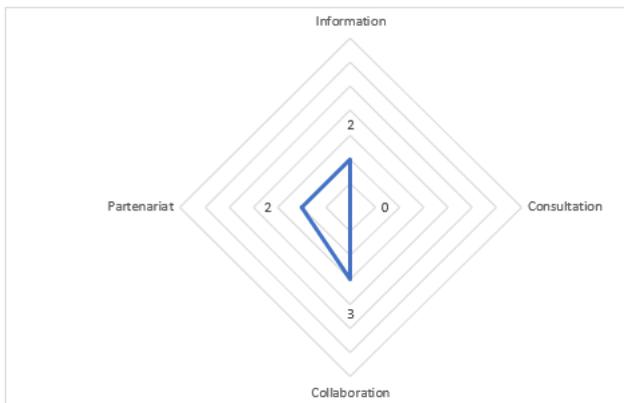
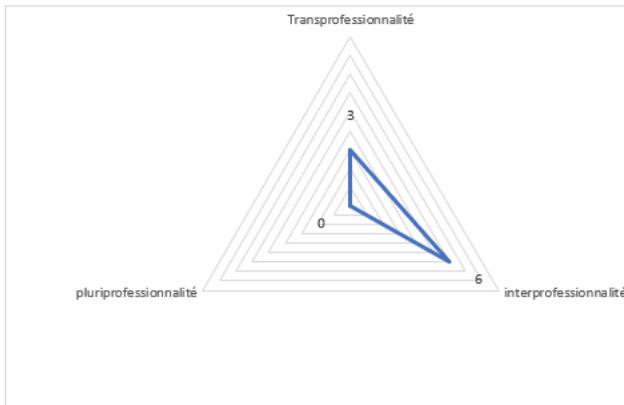
Ergothérapeute 53



Ergothérapeute 54



Ergothérapeute 55

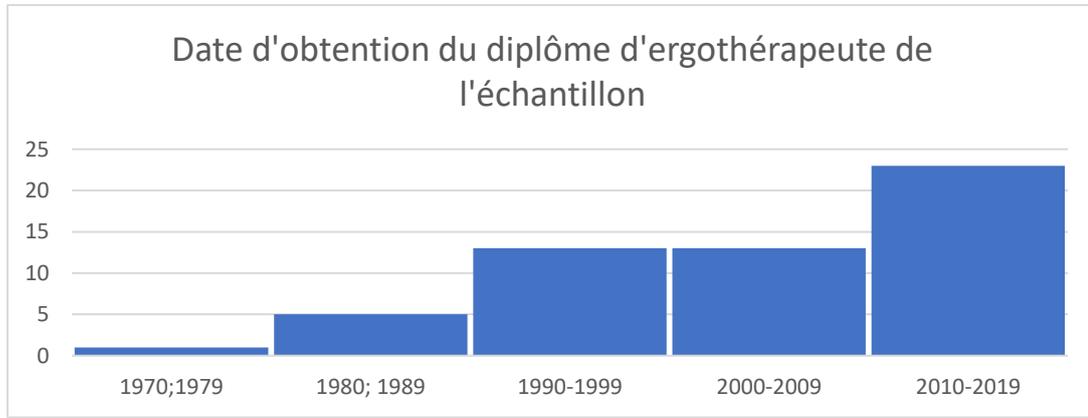


Annexe 16 : Tableau de synthèse des tendances des ergothérapeutes interrogés :

	Tendance majoritaire pluriprofessionnelle	Tendance mixte pluri/interprofessionnelle	Tendance majoritaire interprofessionnelle	Tendance mixte inter/transprofessionnelle	Tendance majoritaire transprofessionnelle	Total
Tendance majoritaire information	0	0	3	0	0	3
Tendance mixte information/consultation	0	0	1	0	0	1
Tendance majoritaire consultation	0	0	3	0	0	3
Tendance mixte Consultation/collaboration	0	0	2	0	0	2
Tendance majoritaire collaboration	0	0	25	1	8	34
Tendance mixte collaboration/partenariat	0	0	0	0	1	1
Tendance majoritaire partenariat	0	0	5	0	6	11
Total	0	0	39	1	15	55

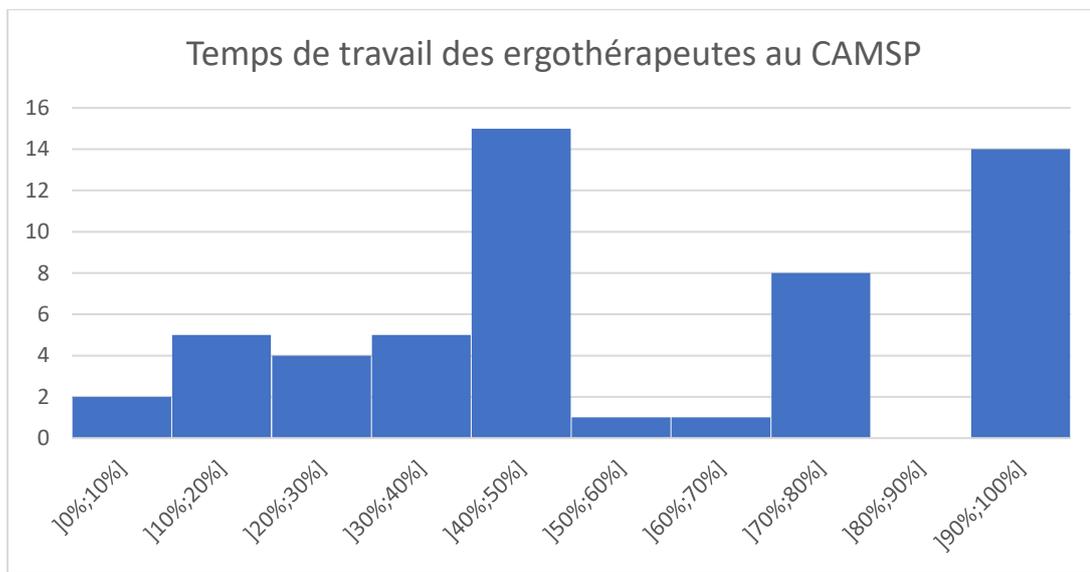
Annexe 17 : Présentation des données brutes de la recherche questions 17 à 19

Question 17 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat d'ergothérapeute ou l'équivalence en France ?



On peut voir qu'un seul ergothérapeute a obtenu son diplôme entre 1970 et 1979, 5 entre 1980 et 1989. 13 ergothérapeutes disent avoir eu leur diplôme entre 1990 et 1999 et entre 2000 et 2009. Enfin 23 ergothérapeutes ont obtenu leur diplôme entre 2010 et 2019.

Question 18 : Quel est votre temps de travail au CAMSP ?



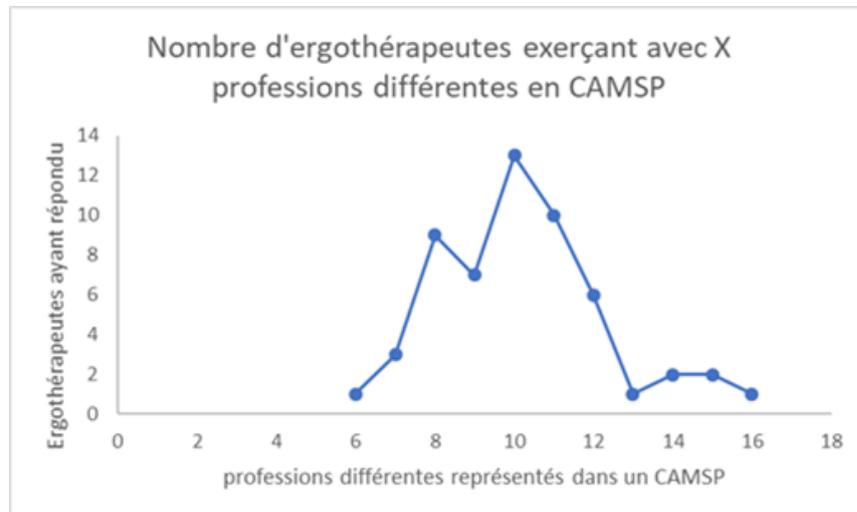
La position des crochets signifie que la borne correspondante est dedans ou en dehors de l'intervalle : si le crochet est tourné vers l'intérieur alors la borne est incluse dans l'intervalle ; si le crochet est tourné vers l'extérieur alors la borne n'est pas dans l'intervalle.

-2 ergothérapeutes ont un poste avec un temps de travail compris entre 0% et 10% d'un équivalent temps plein.

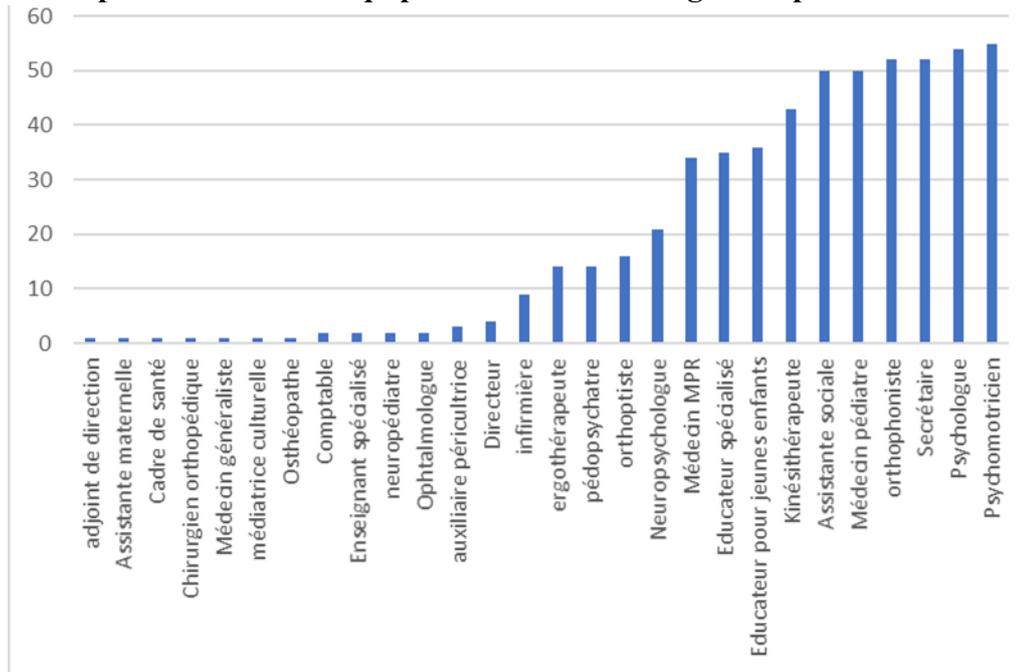
- 5 ergothérapeutes ont un poste avec un temps de travail supérieur à 10% mais inférieur ou égal à 20% d'un équivalent temps plein.

- 4 ergothérapeutes ont un poste avec un temps de travail supérieur à 20% mais inférieur ou égal à 30% d'un équivalent temps plein.
- 5 ergothérapeutes ont un poste avec un temps de travail supérieur à 30% mais inférieur ou égal à 40% d'un équivalent temps plein.
- 15 ergothérapeutes ont un poste avec un temps de travail supérieur à 40% mais inférieur ou égal à 50% d'un équivalent temps plein.
- 1 ergothérapeute a un poste avec un temps de travail supérieur à 50% mais inférieur ou égal à 60% d'un équivalent temps plein.
- 1 ergothérapeute a un poste avec un temps de travail supérieur à 60% mais inférieur ou égal à 70% d'un équivalent temps plein
- ergothérapeutes ont un poste avec un temps de travail supérieur à 70% mais inférieur ou égal à 80% d'un équivalent temps plein.
- Aucun ergothérapeute a répondu avoir un temps de travail compris dans l'intervalle]80% ;90].
- 14 ergothérapeutes ont un poste avec un temps de travail supérieur à 90% mais inférieur ou égal à 100% d'un équivalent temps plein

Question 19 : Quels autres professionnels font partis de l'équipe du CAMSP où vous exercez ?



Professions représentées dans l'équipe du CAMSP des ergothérapeutes de l'échantillon :



Annexe 18 : Application du lien de corrélation par rang de Spearman pour cette recherche

Première étape : Il s'agit de ranger par ordre croissant les valeurs obtenues par les ergothérapeutes de notre échantillon pour chacune des variables de notre recherche. La variable X représente les modalités des démarches de collaboration que l'ergothérapeute nous indique utiliser avec l'équipe du CAMSP et la variable Y les modalités de l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie.

Deuxième étape : Pour chaque ergothérapeute nous calculons la différence entre le rang qu'il a obtenu pour la variable X et variable Y. Cette différence sera notée, d_i soit $d_i = \text{rang}X - \text{rang}Y$.

La troisième étape : Elle consiste à élever d_i au carré pour obtenir, d_i^2 , pour chacun des ergothérapeutes.

La quatrième étape : Il suffit d'appliquer la formule de calcul du coefficient de corrélation par rang de Spearman soit :

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^N d_i^2}{N^3 - N}$$

Dans le cas de notre recherche nous avons attribué une valeur par réponse correspondant à chaque modalité des variables. Les valeurs attribuées sont par ordre croissant en concomitance avec l'augmentation des échanges entre les acteurs des systèmes et l'augmentation de la réalisation d'actions faisant intervenir les différents acteurs qui sont deux notions communes à nos variables. Les variables de nos études sont alors réparties sur des échelles ordinales.

-Pour la variable « Démarche collaborative de l'ergothérapeute avec l'équipe du CAMSP », une réponse appartenant à la modalité 1, pluriprofessionnel vaudra 1 point, à la modalité 2, interprofessionnel vaudra 2 points et à la modalité 3, transprofessionnelle vaudra 3 points. Nous pouvons ainsi quantifier les réponses des ergothérapeutes aux 9 questions portant sur cette variable sur une échelle allant donc de 9 à 27.

-Pour la variable « engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie » nous avons procédé de même avec les quatre différentes modalités. Une réponse à une des 7 questions correspondant à la modalité rapporte 1 point, à la modalité consultation 2 points, à la modalité collaboration 3 points et à la modalité partenariat 4 points. L'échelle pour cette variable s'étend alors de 7 à 28.

Notes pour la compréhension du tableau : Les colonnes bleues représentent l'identité de l'individu observé, la colonne rose la valeur obtenue par l'individu pour la variable démarche collaborative et la colonne vert clair le score de ce même individu pour la variable engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie. Les colonnes orange montrent le classement de l'individu pour chaque variable. Les colonnes vert foncé nous permettent de définir la différence entre les deux rangs obtenus par l'individu et d'élever cette différence au carré pour calculer le coefficient de corrélation.

La case jaune représente la somme de l'ensemble des différences élevée au carré. Les cases rouges symbolisent le numérateur et le dénominateur de la fraction contenue dans la formule de calcul du coefficient de corrélation de Spearman. La dernière case donne la valeur de ρ .

Calcul du coefficient de Spearman

Résultat	Trans / Inter	Classement1	Résultat	Parte / Collab / em	Classement2	d	d ²
1	23	44	1	25	51,5	-7,5	56,25
2	22	33,5	2	21	34,5	-1	1
3	20	12	3	21	34,5	-22,5	506,25
4	16	1,5	4	22	41	-29,5	870,25
5	22	44	5	12	12,5	20,5	420,25
6	21	21	6	15	3,5	17,5	306,25
7	22	32,5	7	19	19	14,5	210,25
8	22	32,5	8	22	44	-10,5	110,25
9	22	32,5	9	25	51,5	-18	324
10	24	50,5	10	21	34,5	16	256
11	20	12	11	22	41	-29	841
12	22	44	12	21	34,5	9,5	90,25
12	22	32,5	12	19	19	14,5	210,25
14	22	32,5	14	18	12,5	20	400
15	19	8	15	20	26	-18	324
16	20	12	16	25	51,5	-39,5	1560,25
17	23	44	17	21	34,5	9,5	90,25
18	22	32,5	18	20	26	7,5	56,25
19	24	50,5	19	22	44	6,5	42,25
20	19	8	20	18	12,5	-5,5	30,25
21	22	32,5	21	19	19	14,5	210,25
22	21	21	22	24	47	-26	676
23	17	3	23	25	51,5	-48,5	2352,25
24	22	32,5	24	17	8,5	25	625
25	23	44	25	17	8,5	25,5	1240,25
26	21	21	26	16	5	16	256
27	16	1,5	27	12	12,5	-12	144
28	18	5	28	11	1	4	16
29	22	32,5	29	20	26	7,5	56,25
30	21	21	30	19	19	2	4
31	24	50,5	31	21	34,5	16	256
32	24	50,5	32	24	47	3,5	12,25
33	21	21	33	12	2	19	361
34	22	44	34	19	19	25	625
35	21	21	35	20	26	-5	25
36	25	54	36	25	51,5	2,5	6,25
37	25	54	37	22	44	10	100
38	21	21	38	20	26	-5	25
39	20	12	39	17	8,5	3,5	12,25
40	25	54	40	24	47	7	49
41	23	44	41	28	55	-11	121
42	21	21	42	17	8,5	12,5	156,25
43	21	21	43	21	34,5	-13,5	182,25
44	22	32,5	44	20	26	7,5	56,25
45	20	12	45	19	19	-7	49
46	21	21	46	21	34,5	-13,5	182,25
47	19	8	47	21	34,5	-26,5	702,25
48	18	5	48	17	8,5	-2,5	12,25
49	21	21	49	17	8,5	12,5	156,25
50	22	44	50	25	51,5	-7,5	56,25
51	22	32,5	51	15	3,5	20	400
52	18	5	52	22	41	-36	1296
53	22	44	53	21	34,5	9,5	90,25
54	21	21	54	20	26	-5	25
55	21	21	55	19	19	2	4

Summe	18967
num	113799
fraction	0,634217172
Résultat	0,31578

La valeur obtenue pour le coefficient est de $\rho = 0,31578$. De plus elle est significative pour $\alpha = 0,05$. Pour une marge d'erreur de 0,05 la valeur critique de ρ est de 0,314 pour $n = 55$. Alpha représente la marge d'erreur, ainsi dans ce cas elle est de 5% soit la marge d'erreur acceptable en sciences humaine. C'est une corrélation positive puisque $0 < \rho < 1$ et d'intensité moyenne puisque $0,2 < \rho < 0,5$.

La même méthode a été appliquée pour les hypothèses secondaires.

Résultats pour H2 : $\rho = 0,02$, c'est une corrélation presque nulle puisque ρ tend vers 0 pour $\alpha = 0,13$. Calculé avec le logiciel PSPP® :

<i>Catégorie</i>	<i>Statistique</i>	<i>Valeur</i>	<i>Erreur standard asymp.</i>
Valeur Ordinale par Valeur Ordinale	Correlation de Spearman	,02	,13

Résultats pour H3 : $\rho = 0,17$, c'est une corrélation faible positive puisque $0 < \rho < 0,5$ pour $\alpha = 0,12$. Calculé avec le logiciel PSPP® :

<i>Catégorie</i>	<i>Statistique</i>	<i>Valeur</i>	<i>Erreur standard asymp.</i>
Valeur Ordinale par Valeur Ordinale	Correlation de Spearman	,17	,12

Résultats pour H4 : $\rho = -0,12$, c'est une corrélation faible négative puisque $0 > \rho > -0,5$ pour $\alpha = 0,15$. Calculé avec le logiciel PSPP® :

<i>Catégorie</i>	<i>Statistique</i>	<i>Valeur</i>	<i>Erreur standard asymp.</i>
Valeur Ordinale par Valeur Ordinale	Correlation de Spearman	-,12	,15

Résultats pour H5 : $\rho = -0,13$, c'est une corrélation faible négative puisque $0 > \rho > -0,5$ pour $\alpha = 0,14$. Calculé avec le logiciel PSPP® :

<i>Catégorie</i>	<i>Statistique</i>	<i>Valeur</i>	<i>Erreur standard asymp.</i>
Valeur Ordinale par Valeur Ordinale	Correlation de Spearman	-,13	,14

Annexe 19 : Présentation des calculs du test de Khi deux

Pour Appliquer le test de Khi deux, il faut déterminer une hypothèse (H) et une hypothèse nulle (H0). Dans le cas de notre recherche l'hypothèse est définie telle que : La tendance à s'inscrire dans une modalité de la démarche collaborative entre les membres d'une équipe de CAMSP influence la tendance de l'ergothérapeute à s'inscrire dans une modalité d'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie. L'hypothèse nulle se définit telle que : Les démarches collaboratives entre professionnels n'influence pas l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie. Une hypothèse nulle valide se manifesterait par une répartition égale des ergothérapeutes entre les différentes modalités d'engagement.

Nous présenterons les résultats sous forme de tableau qui indiquera la fréquence avec laquelle les ergothérapeutes de notre échantillon nous ont indiqué se positionner dans chacune des tendances majoritaires. Cette fréquence se nomme fréquence observée, fo. Si la répartition entre les tendances majoritaires de l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie ne semble pas égale, nous pourrions réfuter l'hypothèse nulle. Pour s'assurer que la différence de fréquence observée, fo, pour chaque tendance majoritaire n'est pas le fruit du hasard il nous faut appliquer la formule du Khi2. Il s'agit de définir la probabilité d'obtenir la différence observée dans notre échantillon si l'hypothèse H0 se vérifie. Cette deuxième fréquence est nommée fréquence attendue (fa). [49]

Pour Calculer le Khi deux de cette recherche nous avons construit des tableaux présentant la répartition de notre échantillon selon chaque modalité fo, puis nous calculerons fa et enfin nous définirons la valeur de Khi deux. Nous calculons ensuite la fa moins la fo élevée au carré puis divisée par fa pour chaque case, indiquée en rouge dans le tableau ci-dessous. La somme de ces nombres donne ensuite la valeur du Khi deux. Ce tableau de Khi deux sert à déterminer si la taille des effectifs est significativement différente pour les diverses catégories d'une variable nominale.

Tableau du test de Khi deux pour H1 : Les différentes colonnes représentent les différentes tendances dans lesquelles s'inscrivent les ergothérapeutes en fonction des modalités des démarches collaboratives établies avec les membres de l'équipe d'un CAMSP. Les différentes lignes et colonnes représentent les différentes tendances dans lesquelles s'inscrivent les ergothérapeutes en fonction des modalités de l'engagement du système parent(s)-enfant dans le suivi en ergothérapie.

	Pluriprofessionnelle	Pluri/inter-professionnelle	Interprofessionnelle	Inter/trans-professionnelle	Transprofessionnelle	Total
Information	(fo=0 fa=0) 0	(fo=0 fa=0) 0	(fo=3 fa=2,12) 0,37	(fo=0 fa=0,06) 0,06	(Fo=0 fa=0,82) 0,82	3
Information/consultation	(fo=0 fa=0) 0	(fo=0 fa=0) 0	(fo=1 fa=0,70) 0,13	(fo=0 fa=0,02) 0,02	(fo=0 fa=0,27) 0,27	1
Consultation	(fo=0 fa=0) 0	(fo=0 fa=0) 0	(fo=3 fa=2,12) 0,37	(fo=0 fa=0,06) 0,06	(Fo=0 fa=0,82) 0,82	3
Consultation/collaboration	(fo=0 fa=0)= 0	(fo=0 fa=0) 0	(fo=2 fa=1,42) 0,24	(fo=0 fa=0,04) 0,04	(Fo=0 fa=0,55) 0,55	2
Collaboration	(fo=0 fa=0) 0	(fo=0 fa=0) 0	(fo=25 fa=24,1) 0,03	(fo=1 fa=0,62) 0,23	(fo=8 Fa=9,27) 0,18	34
Collaboration/partenariat	(fo=0 fa=0) 0	(fo=0 fa=0) 0	(fo=0 fa=0,70) 0,70	(fo=0 fa=0,02) 0,02	(fo=1 fa=0,27) 0,53	1
Partenariat	(fo=0 fa=0) 0	(fo=0 fa=0) 0	(fo=5 fa=7,8) 1,01	(fo=0 fa=0,2) 0,2	(fo=6 fa=3) 3	11
Total	0	0	39	1	15	55

La valeur de khi deux obtenue est $X^2=9,65$. La valeur critique du Khi deux est de 33,20 pour $p=0,05$ et pour un nombre de degrés de liberté de 24. La valeur du Khi deux que nous avons obtenue est inférieure à la valeur critique.

Tableau de test de Khi deux pour H2 :

	Pluriprofessionnelle	Pluri/inter-professionnelle	Interprofessionnelle	Inter/trans-professionnelle	Transprofessionnelle	Total fo
-50%	0	0	(fo=13 fa=11,35) 0,24	(fo=0 fa=0,29) 0,29	(fo=3 fa=4,36) 0,42	16
égal ou +50%	0	0	(fo=26 fa=27,65) 0,1	(fo=1 fa=0,71) 0,12	(fo=12 fa=10,64) 0,66	39
Total fo	0	0	39	1	15	55

La valeur de Khi deux obtenue est de 1,83. Au seuil $\alpha < 0,05$, et pour 2 degrés de liberté nous trouvons la valeur critique de 5,99. La valeur du Khi deux observée est inférieure à la valeur critique.

Tableau de test de Khi deux pour H3 :

	Information	Information/consultation	Consultation	consultation/collaboration	collaboration	collaboration/Partenariat	partenariat	Total fo
-50%	(fo=2 fa=0,87) 1,47	(fo=0 fa=0,29) 0,29	(fo=1 fa=0,87) 0,02	(fo=0 fa=0,58) 0,58	(fo=11 fa=9,89) 0,12	(fo=0 fa=0,29) 0,29	(fo=2 fa=3,2) 0,45	16
égal ou +50%	(fo=1 fa=2,13) 0,6	(fo=1 fa=0,70) 0,13	(fo=2 fa=2,13) 0,01	(fo=2 fa=1,42) 0,24	(fo=24 fa=24,1) 0,01	(fo=1 fa=0,70) 0,13	(fo=9 fa=7,8) 0,18	39
Total fo	3	1	3	2	34	1	11	55

La valeur de Khi deux obtenue est de 4,52. Au seuil $\alpha < 0,05$, et pour 6 degrés de liberté nous trouvons la valeur critique de 12,59. La valeur du Khi deux observée est inférieure à la valeur critique.

Tableau de test de Khi deux pour H4 :

	Information	Information/consultation	Consultation	consultation/collaboration	collaboration	collaboration/Partenariat	partenariat	Total fo
Avant 2010	(fo=2 fa=1,8) 0,02	(fo=1 fa=0,6) 0,27	(fo=1 fa=1,8) 0,36	(fo=1 fa=1,2) 0,03	(fo=22 fa=20,4) 0,13	(fo=0 fa=0,6) 0,6	(fo=6 fa=6,6) 0,05	33
après 2010	(fo=1 fa=1,2) 0,03	(fo=0 fa=0,4) 0,4	(fo=2 fa=1,2) 0,53	(fo=1 fa=0,8) 0,05	(fo=12 fa=13,6) 0,19	(fo=1 fa=0,4) 0,9	(fo=5 fa=4,4) 0,08	22
Total fo	3	1	3	2	34	1	11	55

La valeur de Khi deux obtenue est de 3,64. Au seuil $\alpha < 0,05$, et pour six degrés de liberté nous trouvons la valeur critique de 12,59. La valeur du Khi deux observée est inférieure à la valeur critique.

Tableau de test de Khi deux pour H5 :

	Pluriprofessionnelle	Pluri/inter-professionnelle	Interprofessionnelle	Inter/trans-professionnelle	Transprofessionnelle	Total fo
avant 2010	0	0 (fo=23 fa=23,4) 0,01	(fo=1 fa=0,6) 0,27	(fo=9 fa=9) 0		33
Après 2010	0	0 (fo=16 fa=15,6) 0,01	(fo=0 fa=0,4) 0,4	(fo=6 fa=6) 0		22
Total fo	0	0	39	1	15	55

La valeur de Khi deux obtenue est de 0,69. Au seuil $\alpha < 0,05$, et pour deux degrés de liberté nous trouvons la valeur critique de 5,99. La valeur du Khi deux observée est donc inférieure à la valeur critique.

RESUME/SUMMARY

La revue de littérature et l'enquête exploratoire faisaient état de difficultés à définir ce qu'était la place des parents dans le suivi en ergothérapie de leurs enfants. Pour interroger la coordination entre professionnels dans le cadre de l'implication des parents et des enfants nous avons fait appel, dans le cadre théorique, à l'approche systémique. Nous avons pu formuler l'hypothèse que la démarche collaborative établie entre l'ergothérapeute et les professionnels d'un CAMSP pourrait influencer l'engagement du système parent(s)-enfants dans le suivi en ergothérapie. L'application d'une méthode de recherche différentielle nous a permis d'établir qu'il existe un lien de corrélation moyen ($\rho=0,315$) entre ces deux variables. Ce résultat, à remettre en perspective, montre que les ergothérapeutes qui s'inscrivent dans une démarche collaborative favorisant les échanges et le partage d'actes entre professionnels notent un engagement du système parent(s)-enfant plus fort dans leurs suivis. En revanche, la date d'obtention du diplôme d'Etat de l'ergothérapeute et son temps de travail dans l'institution ne semblent pas influencer l'engagement du système parents-enfant en ergothérapie. Toutefois, il serait intéressant de poursuivre cette étude en interrogeant le ressenti des ergothérapeutes, des parents et des enfants.

Mots-clés : ergothérapeutes, relation entre professionnels de santé et patients, équipe de soins de santé, parents d'enfants handicapés, engagement.

A review of publication and an exploratory survey have led us to explore the coordination between professionals within the framework of parents' involvement in the care of their children. Systemic approach theory helps us better understand the interactions of occupational therapists with professionals, parents and children. We have formulated the hypothesis that the collaborative approach of CAMSP professionals with the occupational therapist could influence the parent(s)-child system's engagement in occupational therapy. Applying a differential method allowed us to establish an average correlation of $\rho=0,315$ between those variables. This results shows that occupational therapists who used a collaboration fostering exchanges and shared activities between professionals noticed a better engagement of the parent(s)-child system in therapy. However, it seems that the date of graduation of the occupational therapist and their work time aren't factors that influence the engagement of the system parent(s)-child. Nevertheless, it would be interesting to continue this research by examining the perceived of occupational therapists, parents and children.

Keywords : Occupational therapist, parents of disabled children, Care team, engagement.