



---

**Master 2**  
**Situations de handicap et**  
**participation sociale**

Promotion : **2022-2023**  
Date du Jury : **septembre 2023**

---

**Promouvoir la participation sociale des**  
**personnes en situation de handicap au**  
**Maroc :**  
**Illustration par la démarche de validation du**  
**contenu d'un outil d'analyse de situation de**  
**handicap**

---

**Siham AIT AMGHAR**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Madame Marie CUENOT et Madame Emilie BRASSET d'avoir accepté de m'accompagner tout au long de la rédaction de ce mémoire. Votre bienveillance, votre encouragement dans les moments d'incertitude, votre patience lors des relectures et vos précieux conseils ont été essentiels lors de la rédaction de cet écrit.

Je ne saurais passer sous silence ma profonde gratitude envers Humanité&Inclusion pour m'avoir acceptée en stage pendant 6 mois. Ma reconnaissance s'étend à l'ensemble des équipes de HI, pour leur accueil chaleureux et leur amabilité constante. Une mention spéciale à Fadwa EL HAJJAR, solaire et bienveillante, toujours présente pour me fournir les ressources nécessaires afin de mener à bien mes tâches sur le terrain.

Je voudrais adresser un remerciement tout à fait spécial à Esther DOMINGUEZ VEGA, qui m'a donné la chance de venir 'boucler la boucle', passant de bénéficiaire étudiante du projet ergothérapie en 2017 à membre de l'équipe projet en 2022-2023, pour une expérience indéniablement enrichissante.

Aux ergothérapeutes marocains qui ont pris le temps de partager leur expérience sur le terrain avec moi, et de répondre à mes nombreuses questions, un grand merci. Une part de vous est reflétée dans ce mémoire.

À tous les participants qui ont contribué à la réalisation du travail sur le terrain, un grand merci. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible.

Enfin, les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude envers maman pour ses sacrifices et pour avoir contribué à rendre le français de cet écrit intelligible. À papa aussi, pour son dévouement et ses prières constantes pendant mes études, et à Badre et Youssef pour votre soutien inébranlable.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Partie 1 : Participation sociale des personnes handicapées : une priorité en ergothérapie</b> .....	5
<b>Chapitre 1 : Les modèles du handicap : une évolution des significations</b> ....	5
1/ Du modèle médical au modèle réadaptatif : Une progression inégale vers la participation sociale .....	5
2/ Du modèle social au modèle systémique : vers une compréhension nuancée de la participation sociale .....	8
2.1 L'émergence du modèle sociale : fondement d'une participation sociale contemporaine .....	8
2.1.1 La prise de parole des personnes en situation de handicap : .....	9
2.1.2 La production sociale du handicap :.....	9
2.2 Le modèle systémique : une conception du handicap axé sur une participation sociale contemporaine .....	10
3/ Le modèle MDH-PPH : un cadre opératoire du modèle systémique .....	12
3.1 Définition du handicap : interaction entre facteurs personnels et environnementaux : .....	12
3.2 La définition de la participation sociale selon Patrick Fougeyrollas : .....	13
<b>Chapitre 2 : La participation sociale au cœur de de l'évaluation en ergothérapie</b> .....	15
1/ Evolution de la notion de participation sociale en ergothérapie :.....	15
2/ L'évaluation en ergothérapie : démarche centrée sur la participation sociale	17
<b>2.1</b> La démarche d'évaluation en ergothérapie :.....	17
2.2 Les outils d'évaluation de la participation sociale en ergothérapie : .....	19
3/ La pertinence de l'utilisation du modèle MDH-PPH par les ergothérapeutes en réadaptation :.....	20
<b>Partie 2 : Surmonter les barrières à la participation sociale au <i>Sud Global</i> : expérience de l'ergothérapie au Maroc</b> .....	22
<b>Chapitre 1 : Une brève présentation du handicap dans le <i>Sud global</i></b> .....	22

1/ La reconnaissance du handicap dans le <i>Sud Global</i> : .....	22
2/ La réhabilitation à base communautaire : modèle utilisé dans le <i>sud global</i> ..	24
<b>Chapitre 2 : La participation sociale au Maroc : Le rôle de l'ergothérapie</b> .....	26
1/ La politique du handicap au Maroc : un chantier en cours .....	26
1.1 Définition du handicap et cadre de référence de la politique du handicap au Maroc :.....	26
1.2 Développements actuels de la politique du Handicap au Maroc : .....	27
2/ Présentation de Humanité&Inclusion : Porteur du projet ergothérapie au Maroc : .....	30
2.1 Présentation des activités de HI au Maroc .....	30
2.2 Bref retour sur le projet ergothérapie au Maroc : .....	32
3/ Ergothérapie et divergence culturelle : Négocier les voies de la participation sociale .....	33
3.1 Comprendre l'identité de l'ergothérapie pour un meilleur accompagnement des personnes en situation de handicap : .....	34
3.1.1 La traduction et la perte de sens :.....	35
3.1.2 Les ergothérapeutes eux-mêmes : .....	36
3.1.3 Les représentations culturelles de la santé :.....	37
3.2 L'ergothérapie comme culture : Clé pour soutenir la participation sociale au Maroc.....	39
4/ Présentation de l'outil d'analyse de situation de handicap pour adulte élaboré au Maroc : .....	42
<b>Partie 3 : Démarche Méthodologique et synthèse des résultats</b> .....	43
<b>Chapitre 1 : Les phases clefs de l'élaboration de l'outil d'analyse de situation de handicap au Maroc</b> .....	43
1/ Contexte : .....	43
2/ Cadre de référence : .....	43
<b>Chapitre 2 : Méthodes et résultats</b> :.....	45
1/ Etapes de développement de l'outil : .....	46
1.1 Identifier le besoin : .....	46
1.1.1 Méthode de récolte de données : .....	46
1.1.2 Résultats :.....	46
1.2 Identifier le concept à mesurer et préciser le format de l'outil : .....	48
1.2.1 Méthode de récolte de données : .....	48

1.2.2	Résultats de l'enquête :.....	48
1.3	Générer les items : .....	49
1.3.1	Méthode de collecte de données : .....	50
1.3.2	Résultats de l'enquête :.....	50
2/	Validation du contenu :.....	50
2.1	Méthodologie de collecte donnée pour l'étape préparatoire :.....	51
2.1.1	Elaboration du formulaire de validation du contenu :.....	51
2.1.2	Formation du panel d'expert : .....	53
2.2	Phase d'appréciation-quantification :.....	54
2.2.1	Méthode de collecte de données : .....	54
2.2.2	Résultats de la 1 <sup>ère</sup> vague de consultation .....	55
2.2.3	Résultats de la 2 <sup>ème</sup> vague de consultation :.....	57
3/	Pré-test de l'outil :.....	58
3.1	Méthodologie de collecte de donnée .....	58
3.2	Résultats de la perception d'impact de l'outil des personnes accompagnées :.....	59
3.3	Résultats de la perception d'impact de l'outil chez les ergothérapeutes :	60
3.4	Points essentiels relevés pendant le focus group :.....	61
<b>Partie 4 : Discussion</b>	.....	<b>63</b>
<b>Chapitre 1 : Limites de l'étude</b>	.....	<b>63</b>
1/	Limitations concernant l'enquête : .....	63
2/	Limitations liées au temps et aux compétences : .....	63
<b>Chapitre 2 : Analyse des résultats</b>	.....	<b>64</b>
1/	La méthode de validation du contenu inspirée de la méthode de Lynn contribuera à l'amélioration de l'outil :.....	65
2/	L'outil adapté à la culture marocaine, répondra aux limites identifiées sur le terrain par les ergothérapeutes pour analyser la situation de handicap :.....	68
<b>Chapitre 3 : Pistes futures</b>	.....	<b>74</b>
<b>Conclusion :</b>	.....	<b>76</b>
Bibliographie.....		78
Liste des Figures .....		84
Liste des Annexes .....		85

---

## Liste des sigles utilisés

---

- AVQ** : Activité de la vie quotidienne
- CIRAR** : Centre Intégré Régional d'Appareillage orthopédique de Rééducation
- CIRDPH** : Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées
- DCI** : Direction de la Coopération Internationale
- HI** : Humanité&Inclusion
- ISPITS** : Institut Supérieur des Profession Infirmières et Techniques de Santé
- IFPEK** : Institut de formations paramédicaux à Rennes
- IVC** : Indice de validité de contenu
- MDH** : Modèle de développement humain
- ODD** : Objectif de Développement Durable
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non Gouvernemental
- OPD** : Organisations de personnes handicapées
- OSC** : Organisations de la Société Civile
- PDI** : Projet de Développement International
- PMA** : Pays les moins avancés
- PPH** : Processus de Production du Handicap
- RBC** : Réhabilitation à Base Communautaire
- RFRE** : Répertoire français des valeurs liées à l'ergothérapie
- RQVE** : Répertoire québécois des valeurs liées à l'ergothérapie
- TIHT** : TAKWIA, IBTIKAR, HIWAR et TAGHYIR
- WFOT** : World Federation of Occupational Therapists

## Introduction

L'évolution de la notion du handicap a non seulement fait surgir de nouvelles théories pour expliquer l'existence de la différence mais aussi a participé à l'élaboration de politiques permettant de choisir des stratégies de prises en compte des personnes en situation de handicap à mettre en œuvre.

Cette dernière décennie, la participation sociale des personnes en situation de handicap représente le socle de l'agenda politique. Ce concept a gagné en visibilité dans les années 1990 grâce notamment au modèle du Modèle du Développement Humain – Processus de Production du Handicap (MDH-PPH). Selon le MDH-PPH la participation sociale est définie comme le fait pour une personne d'assumer des rôles dans la société et de s'engager dans des activités quotidiennes dans divers environnements, comme le domicile, l'école, le lieu de travail et la communauté (Fougeyrollas, 2010a).

Au Maroc, les efforts sont en cours pour établir une politique du handicap inclusive. L'ergothérapie s'impose comme l'une des solutions apportées pour améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap. En effet, avant 2017, il n'y avait pas de formation en ergothérapie au Maroc. Un projet d'ergothérapie a ainsi été porté par Humanité&Inclusion (HI) en collaboration avec le ministère de la santé et de la protection sociale du Maroc. Ce projet est réparti en deux phases : la première qui avait pour objectif d'introduire une formation en ergothérapie conforme aux normes internationales et adaptée aux besoins de la population marocaine a duré 3 ans, et la deuxième phase qui a commencé en 2020 avec le recrutement des ergothérapeutes marocains dans les services publics dans plusieurs régions au Maroc. Cette dernière vise à institutionnaliser la profession afin d'assurer sa pérennité sur le territoire marocain.

L'ergothérapie tire son essence des sciences d'activité humaine. Il est donc important pour l'ergothérapeute d'avoir une pratique qui ne limite pas la participation sociale des personnes aux limitations physiques ou psychologiques d'un individu, mais inclut un large éventail de facteurs sociaux, culturels et environnements (Caire et al., 2012). Dans cette perspective, l'évaluation permet à l'ergothérapeute d'identifier les défis que les personnes rencontrent dans leurs activités quotidiennes. Il est donc crucial pour améliorer les conditions de participation sociale des personnes handicapées d'adopter une approche holistique et systémique qui englobe trois

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

composantes : l'individu, son activité et son environnement. L'interaction entre ces trois composantes peut conduire à une participation sociale ou à une situation de handicap. Les outils d'évaluation de la participation sont donc au cœur de la pratique de ce métier.

La philosophie sous-jacente de l'ergothérapie trouve ses origines dans le monde occidental, en utilisant la culture occidentale. Le fossé culturel et géographique ainsi que la différence de l'agenda politique des différents pays sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap fait que les ergothérapeutes qui ne pratiquent pas dans les pays occidentaux se trouvent face à des difficultés. De plus, La plupart des études sur la pratique des soins de santé se concentrent sur les interventions généralement utilisées avec des personnes issues de cultures occidentales. En revanche, peu d'attention a été accordée à l'influence des cultures non occidentales et de leur impact sur la pratique professionnelle, en particulier la démarche d'évaluation (Malkawi et al., 2020a). En raison de ces critiques, la fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT) invite la profession à prendre en considération l'effet de la culture sur les services qu'offrent l'ergothérapie. Les questions liées à la culture sont de plus en plus reconnues comme essentielles dans ce domaine (Therapists, 2023).

Pour évaluer la participation sociale, l'ergothérapeute examine le degré d'accomplissement des habitudes de vie des personnes accompagnées. Ces habitudes de vie sont définies par Fougeyrollas comme "*une variable dépendante résultant de l'interaction des facteurs personnels et environnementaux qui les rendent possibles*" (Fougeyrollas, 2010b, p. 32). Pour élaborer un plan de soutien adapté à travers l'analyse des situations de handicap, il est nécessaire d'évaluer ces habitudes de vie qui sont étroitement liées à l'environnement de l'individu concerné.

Par conséquent, il ne suffit pas de traduire des outils d'évaluation importés d'autres cultures. Il est nécessaire de concevoir des outils adaptés à la culture marocaine afin qu'ils soient signifiant pour l'individu et significatif pour son environnement. En d'autres termes, ces outils doivent être culturellement pertinents et significatifs pour être efficaces.

Dans le même contexte, en 2022, un collectif de onze ergothérapeutes travaillant dans les domaines de la réadaptation et de la santé mentale, en association avec



l'équipe du projet "ergothérapie" d'Humanité&Inclusion et un consultant en anthropologie espagnol, ont conçu un outil d'évaluation des situations de handicap, en se basant sur le Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap (MDH-PPH).

La création de cet instrument qui liste les habitudes de vie des marocains découle du besoin à répondre aux difficultés des ergothérapeutes marocains à trouver un outil d'évaluation leur permettant d'identifier les activités de la vie quotidienne que les personnes accompagnées ont du mal à réaliser dans leur contexte de vie. Les données collectées sont ensuite utilisées pour repérer les facteurs personnels et environnementaux qui restreignent ou facilitent sa participation sociale. Ces informations sont alors utilisées pour élaborer des objectifs d'accompagnement ajustés en fonction des priorités de la personne en question.

Par ailleurs, l'outil comporte une liste d'activités formulées en Darija (le dialecte marocain) ainsi qu'en français. Ceci favorise l'établissement d'un lien de confiance entre l'ergothérapeute et l'individu concerné, et l'incite à participer activement à son propre processus de soutien. Mener le processus dans une langue commune facilite la réflexion et l'analyse. En outre, la conservation d'une version traduite en français permet aux ergothérapeutes de maintenir un registre écrit de l'accompagnement de la personne.

Depuis décembre 2022, nous avons rejoint l'équipe projet « *Ergothérapie au Maroc au service de la participation sociale des personnes handicapées* » à Humanité&Inclusion pour amorcer le processus de validation de cet outil. Après une revue de littérature, nous avons fait le choix de valider le contenu inspiré de la méthode de Lynn (Lynn, 1986) de ce dernier qui prétend lister les habitudes de vie adaptée à la culture marocaine.

Nous formulons l'hypothèse que que l'adoption d'une méthodologie participative de validation de contenu, inspirée de la méthode de Lynn, contribuera à améliorer l'outil et à affiner la liste des habitudes de vie y figurant. Nous chercherons aussi à déterminer dans quelle mesure l'outil peut faciliter l'analyse de situation de handicap aux ergothérapeutes dans un contexte marocain en cours de chantier. De ce fait cet écrit est divisé en quatre parties :

Dans un premier temps, nous nous attacherons à retracer l'évolution du concept de handicap qui a permis l'émergence de la notion de participation sociale, avant de l'associer aux pratiques ergothérapeutiques.

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

La seconde partie mettra en exergue le contexte dans lequel le projet de développement international, mené par Humanité & Inclusion, a vu le jour.

La troisième partie détaillera la méthodologie adoptée, d'une part en retraçant succinctement les étapes de création de l'outil, et d'autre part en expliquant la démarche employée pour en valider le contenu.

Dans la quatrième partie, nous évoquerons tout d'abord les limitations de l'étude avant de discuter des résultats en rapport avec les hypothèses posées. En conclusion, nous présenterons des perspectives pour des recherches futures.

## **Partie 1 : Participation sociale des personnes handicapées : une priorité en ergothérapie**

« De tous temps, les sociétés ont élaboré des théories pour expliquer le handicap, la survenue d'une déficience, l'existence des différences. De ces théories populaires, culturelles, qui sont des représentations sociales, découle la manière dont on considère et traite les personnes en situation de handicap » (Diop, 2012). Ainsi cette première partie, dans un premier temps mettra en lumière l'émergence du concept de la participation sociale à travers l'évolution des modèles du handicap. Avant de le mettre en lien avec les pratiques d'évaluation de l'ergothérapie.

### **Chapitre 1 : Les modèles du handicap : une évolution des significations**

L'interprétation du handicap a évolué significativement au fil du temps, avec la conception moderne du terme émergeant seulement au milieu du XXe siècle. Dans ce chapitre, en utilisant les références bibliographiques, nous retracerons l'évolution des divers modèles qui contribuent à la perception du handicap en tant que construction complexe et dynamique.

#### 1/ Du modèle médical au modèle réadaptatif : Une progression inégale vers la participation sociale

Dans le sillage des réflexions de Sticker, cette partie explore l'évolution du concept du handicap à travers le passage du modèle médical à l'avènement du modèle réadaptatif, tout en mettant en lumière les limites à chacun de ces modèles.

Henri-Jacques Stiker (Collectif Handicap 54, 2022) suggère que dans l'Antiquité et jusqu'à une époque relativement récente, les "*infirmes*" ne faisaient pas parti de l'ordre humain. Au lieu de cela, ils étaient souvent perçus comme relevant soit de phénomènes *supra humain* ou divins, soit de phénomènes *infra-humains*. La Grèce est la première référence occidentale évoquée par Stiker (Stiker, 1987). Chez les Grecs, toute personne difforme signifiait une non-conformité, qui conduisait à un rejet hostile de la société. Les juifs quant à eux faisait référence à l'impureté, toute personne anormale étaient interdites des lieux sacrés par exemple les temples pour

prier, même si elles n'étaient pas totalement exclues de la communauté. Avec l'avènement du Nouveau Testament, les personnes devaient faire preuve de fraternité et d'empathie envers les personnes marginalisées. En conséquence, une institution a été créée pour offrir un hébergement à toutes catégories de personnes déviantes de la normalité : démunis, malades ou infirmes. Cet hébergement n'était pas fermé à huit clos, les personnes qui y habitaient pouvaient sortir et entrer librement. Cependant, avec le temps la peur de la déviance a pris le dessus sur la fraternité, conduisant à l'enfermement de toute personne qui ne pouvait pas être intégrable dans la société comme les malades et les infirmes. Ce n'est qu'après la guerre de 1914 qu'on observera une rupture avec ces idéologies notamment avec l'émergence d'un raisonnement médical et scientifique que Sticker qualifie de temps moderne. Sticker montre à travers l'histoire de l'infirmes, que la manière dont une société traite la déviance d'une frange de population par rapport à une norme sociale est étroitement liée à la manière dont elle est définie au sein de cette société.

En continuité avec l'évolution de la notion d'infirmes à handicap dans les temps modernes, Winance (Winance, 2004b) explique dans son article que pendant longtemps l'infirmes se définit comme un écart à une norme prédéfinie : Cette approche peut être considérée comme une vision plus médicale du handicap. Elle définit le handicap principalement en termes de différences physiques ou mentales qui séparent un individu de ce qui est considéré comme "normal" ou "typique". Une simplification abusive qui est souvent basée sur l'état de santé moyen ou typique de la population. Cette vision repose sur un modèle curatif, puisqu'on cherche d'abord à guérir et éradiquer l'agent pathogène (Fougeyrollas, 2007). La perception de cette frange de population a conduit à considérer toutes les personnes en situation de handicap comme une masse dépourvue de toute singularité et différence.

Dans son article Myriam Winance (Winance, 2004b) rappelle brièvement que le XX<sup>ème</sup> siècle marque l'essor d'un nouveau paradigme dans le champ du handicap. Cette évolution est marquée par le passage d'un modèle curatif linéaire à un modèle réadaptatif (Ravaud, 1999). Le modèle réadaptatif voit son émergence avec le retour des mutilés de guerre. La société considère alors qu'elle est responsable du préjudice causé à ces personnes. Si ces personnes ne peuvent pas travailler, c'est

la responsabilité de la société. Elles se sont sacrifiées pour la patrie ou pour le développement du pays. La société va donc procéder à leur indemnisation ce que François Edwald décrit comme "*socialisation des responsabilités*" (Winance, 2004b). Au départ, seuls les accidentés du travail et les mutilés de guerre bénéficient de l'aide de l'État. Les autres types de déficiences sont gérés dans le domaine de l'assistance (hospices, charité, etc.). Puis, progressivement, à partir des années 60-70, on ne fera plus de distinction entre ceux qui ont acquis une déficience et ceux chez qui elle est congénitale.

C'est à cette époque, dans les années 1960-1970, que le terme de handicap devient courant. Selon Sticker, le terme "handicap" n'a pas été choisi au hasard pour décrire ce groupe de personnes. Tout comme dans les courses de chevaux où un "handicap" est utilisé pour équilibrer les chances entre les participants, l'utilisation du mot "handicap" pour cette partie de la population suggère l'idée de les "*renormaliser*" afin qu'ils puissent également "*entrer en compétition*". Cette notion reflète la vision d'une société industrielle et libérale qui valorise la productivité, la concurrence et l'intégration en fonction de critères définis (Stiker, 1987).

La catégorie sociale de "personnes handicapées" est donc créée pour désigner des personnes dont les caractéristiques physiques les empêchent de travailler comme les autres et dont l'État doit prendre en charge une partie des besoins.

La catégorie du handicap en France, marquée par son institutionnalisation, représente un nouveau mode de gestion de la diversité fonctionnelle. Ce mode de gestion se caractérise par des objectifs de normalisation des personnes présentant des déficiences. L'attribution du statut d'handicapé résulte d'un processus négocié entre différentes instances impliquées dans la gestion de cette diversité, sous la supervision de l'État (Calvez, 1994). Ainsi, la notion de handicap est devenue une catégorie à la fois professionnelle et administrative, qui structure les domaines de la réadaptation et de l'insertion professionnelle (Winance, 2004b). L'état est également chargé, dans la mesure du possible, de la réparation, de la correction de ces corps : En ce sens, les pratiques de réadaptation et de rééducation qui se développent au cours du XXe siècle visent à réintégrer ces personnes dans le monde du travail.

En France, les lois d'orientation en faveur des personnes handicapées, telles que la loi du 30 juin 1975, ont été mises en place pour promouvoir l'intégration et

améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap. Cependant, comme mentionné précédemment, la catégorisation et la fragmentation ont des conséquences sur la mise en œuvre de ces politiques. La loi de 1975 sur l'intégration des personnes handicapées visait à favoriser leur inclusion et à lutter contre la discrimination. Cependant, la fragmentation catégorielle et l'absence d'un cadre conceptuel cohérent ont entravé sa mise en œuvre efficace. Les groupes-cibles se chevauchent et se divisent, rendant difficile l'adaptation des politiques aux besoins spécifiques de chaque individu (Fougeyrollas, 2007). Parallèlement, l'organisation de secteurs spécialisés et protégés a été critiquée pour maintenir une séparation entre les personnes handicapées et le reste de la société, entraînant leur isolement et leur marginalisation.

Le modèle réadaptatif a également été critiqué pour certaines de ses limitations similaires au modèle médical. Il a tendance à individualiser le handicap et à mettre moins l'accent sur les facteurs sociaux, culturels et environnementaux qui peuvent contribuer aux barrières et à l'exclusion sociale des personnes handicapées. Il peut également négliger l'autonomie de la personne handicapée en la considérant principalement comme un bénéficiaire de services de réadaptation plutôt que comme un agent actif dans la définition de ses propres besoins et objectifs (Fougeyrollas, 2004).

## 2/ Du modèle social au modèle systémique : vers une compréhension nuancée de la participation sociale

Dans cette partie, nous examinerons l'émergence du modèle social du handicap et ses limites, avant de présenter le modèle systémique comme réponse aux lacunes des modèles médical et social.

### 2.1 L'émergence du modèle sociale : fondement d'une participation sociale contemporaine

Dans cette section, nous présenterons l'émergence du modèle social à travers l'expression et l'engagement des personnes en situation de handicap, ainsi que la façon dont le handicap a évolué pour être perçu comme une construction sociale.

### 2.1.1 La prise de parole des personnes en situation de handicap :

Les représentations sociales réductionnistes du handicap ont été largement critiquées, principalement par des auteurs valides qui ont questionné les notions traditionnelles de normalité et de validité dans leurs écrits académiques et professionnels. En effet, historiquement, les discours concernant le handicap étaient dominés par des experts valides (Lavigne & Philip, 2016). Les voix des personnes en situation de handicap ont mis du temps à être entendues, nécessitant des mouvements puissants tels que *l'Independent Living Movement* aux États-Unis dans les années 1960 pour permettre leur émergence (Collectif Handicap 54, 2022). C'est dans les années 1980 et 1990 que l'émergence des *disability studies*, la production scientifique sur le handicap menée par des chercheurs anglo-américains, a permis à une multitude d'intellectuels ayant des différences fonctionnelles et corporelles de mener des débats sur la base de perspectives théoriques, sociologiques et politiques (Fougeyrollas, 2010, p. 22- 23). Les réflexions issues des *disability studies* ont façonné la manière dont les personnes en situation de handicap prennent la parole dans l'arène politique, dénonçant les inégalités de traitement tout en questionnant les mécanismes sociaux et les constructions sociales (Fougeyrollas, 2010a). Ces débats ont été cruciaux pour changer la perception du handicap et promouvoir l'égalité des droits.

### 2.1.2 La production sociale du handicap :

C'est à l'issue de la dernière réflexion que le handicap est considéré comme un produit de la société, engendré par des obstacles sociaux et environnementaux qui restreignent la participation sociale des personnes en situation de handicap (Winance, 2008). Cette vision est plus récente et s'aligne sur le modèle social du handicap. Selon cette approche, le handicap n'est pas seulement une question de différences individuelles, mais aussi de la manière dont la société répond à ces différences. Cette approche reconnaît que les normes sociales sont flexibles et peuvent être modifiées par des interactions sociales et des négociations. Par exemple, si une société investit dans des infrastructures accessibles, comme des rampes pour fauteuils roulants, la norme sociale de la mobilité pourrait être renégociée pour inclure les personnes qui utilisent des fauteuils roulants. Cette approche met l'accent sur l'idée que le handicap est créé par la société, et non par

les individus eux-mêmes. Le problème est perçu en termes de pathologie sociale (Fougeyrollas, 2021).

Le modèle social du handicap, émergé à la fin des années 1970 et développé dans le cadre des *disability studies*, propose une redéfinition de la causalité du handicap. Selon ce modèle, l'individu avec une déficience n'est pas handicapé en raison de sa déficience, mais en raison de la société elle-même, de ses obstacles physiques, sociaux, etc., qui limitent sa participation. Ce modèle présente deux aspects : la déficience et le handicap, avec une distinction claire entre les deux. La déficience fait référence à une caractéristique personnelle, décrivant la condition physique du corps, tandis que le handicap est une réalité collective, désignant l'exclusion sociale vécue par les personnes ayant une déficience en raison des multiples barrières dressées par la société à leur participation. La déficience est considérée comme un problème médical, tandis que le handicap est appréhendé comme une question politique. De fait, selon M. SCHULZE (cité dans Poriel, 2014), « *un changement global depuis les anciennes approches individuelles et charitables du handicap à un modèle social, la compréhension et par conséquent l'action concernant les questions de handicap ont évolué : considérées auparavant comme objets de pitié, les personnes handicapées sont aujourd'hui sujets de droits* ».

Le modèle social du handicap, bien qu'il représente un outil fondamental pour marquer la transition significative dans la société perçoit et aborde le handicap, présente des limites. Ce modèle a été critiqué pour son manque de solutions pratiques pour résoudre les problèmes qu'il identifie, pour sa tendance à globaliser les problèmes sociaux. De plus, l'accent mis sur l'autonomie individuelle peut renforcer les inégalités et la marginalisation de ces individus ; pour les personnes avec une déficience intellectuelle grave, par exemple, l'autonomie individuelle peut être une injonction difficile à réaliser. Elles peuvent nécessiter un soutien et une interdépendance plus importants avec d'autres membres de la société pour réaliser leurs habitudes de vie.

## 2.2 Le modèle systémique : une conception du handicap axé sur une participation sociale contemporaine



Dans cette partie, nous présenterons le modèle systémique comme une réponse aux limites des deux approches médicale et sociale, afin d'appréhender au mieux la participation sociale des personnes handicapées.

Dans les années 90, des chercheurs se sont inspirés de l'éthique *du care* développée par la philosophe Carol Gilligan. Cette approche éthique met l'accent sur les relations interpersonnelles, la sollicitude et la responsabilité envers autrui. Elle reconnaît l'importance des liens affectifs, des préoccupations éthiques et de la prise en compte des besoins et des valeurs des individus. Cette perspective remet en question l'idée de l'autonomie individuelle en replaçant l'individu comme un sujet relationnel, dont le bien-être et la compréhension éthique sont influencés par les relations interpersonnelles et les interactions sociales (Winance, 2016). Selon Fougeyrollas (Fougeyrollas, 2007) « *Harmoniser la conceptualisation du phénomène du handicap implique de procéder à un double mouvement.* ». En effet, que ce soit le modèle médical ou le modèle social, tous deux limitaient le handicap qu'à une seule facette. Afin d'approcher le handicap dans sa complexité, il fallait sortir de la dichotomie modèle social/modèle médical. Ainsi, il devient possible de prendre soin de ces individus, non pas dans une optique de parfaite égalité entre personnes handicapées et non-handicapées, mais dans une démarche d'équité qui considère toutes les facettes de la personne. Le modèle systémique (Fougeyrollas, 2021) montre l'importance d'harmoniser les deux modèles, à savoir le modèle médical et le modèle social du handicap. Cette harmonisation permet de remettre en cause l'idée prédéfinie du normal selon laquelle seules les personnes en situation de handicap sont différentes, en reconnaissant que toute personne, à un moment donné de sa vie, peut se retrouver confrontée à une situation de handicap. D'autre part, il est important de ne pas considérer les personnes handicapées comme un groupe uniforme, mais plutôt de respecter les spécificités liées à leur type de handicap et leur identité. Cela signifie que les modèles conceptuels et les outils d'intervention visant à promouvoir un changement social dans le domaine du handicap doivent être à la fois inclusives, adaptatives et centrées sur la promotion de la participation sociale et des droits humains des personnes handicapées, en tenant compte des spécificités de leur contexte environnemental et culturel.

### 3/ Le modèle MDH-PPH : un cadre opératoire du modèle systémique

Le MDH-PPH est un modèle conceptuel qui aborde les maladies, les traumatismes et autres atteintes à la personne d'un point de vue interactionniste. Il permet de cerner et d'expliquer les causes et les conséquences de ces problèmes. Selon ce modèle, le handicap n'est pas la faute de l'individu, mais résulte de l'interaction entre ses caractéristiques propres et son environnement. Le MDH-PPH souligne que négliger les facteurs personnels (comme l'identité, les systèmes organiques et les compétences) dans la mise en place et la gestion des services peut mener à des situations de handicap, des obstacles à la participation sociale ou des violations des droits de l'homme. (Fougeyrollas, 2021) .

#### 3.1 Définition du handicap : interaction entre facteurs personnels et environnementaux :

Pour Fougeyrollas et son équipe, il était essentiel de clarifier le handicap en utilisant le modèle de développement humain (MDH) (Annexe 1) du fait qu'il représente un modèle universel qui permet de décrire et d'expliquer l'origine et l'impact diachronique et temporel des différences considérées comme « *normatives* » dans chaque grand domaine conceptuel du modèle (Fougeyrollas, 2010, p. 168). Cette interaction continue dans le temps est symbolisée par un point de convergence des flèches, centré sur le mot "interaction". Cela cherche à mettre en évidence l'influence mutuelle continue des dimensions du MDH, démontrant comment ces différents aspects influencent réciproquement l'un l'autre dans le cadre du développement humain (Fougeyrollas, 2010, p. 151).

Le PPH-MDH (Annexe 1) est une application dans le champ du handicap du modèle anthropologique MDH. (Fougeyrollas, 2010, p. 150).

Dans une extension logique du modèle systémique, le MDH-PPH considère le handicap comme le résultat d'une interaction complexe entre les facteurs personnels et environnementaux. Ce point de vue élargie la définition du handicap, la faisant dépasser d'une restriction purement centrée sur les facteurs individuels

telle que suggérée par le modèle médical, ainsi qu'une contrainte strictement sociale comme soutenu par le modèle social.

Dans ce contexte, le MDH-PPH, comme modèle expliquant le processus de production du handicap, introduit pour la première fois la question de l'identité dans les facteurs personnels dans un modèle. Fougeyrollas (Fougeyrollas, 2021) explique : « ... *La question de l'identité s'inscrit dans la foulée des travaux sur l'empowerment, l'autodétermination, la résilience individuelle et environnementale, les représentations sociales, croyances et connaissances qui donnent du sens au projet de vie personnel* ». Selon lui, la dimension conceptuelle des facteurs identitaires se fragmente en divers éléments ( l'âge, le sexe, le diagnostic, l'appartenance culturelle significative pour la personne ,les objectifs de vie, l'histoire de vie, les valeurs, les croyances...) (Fougeyrollas, 2010, p. 178). Au côté des systèmes organiques et des aptitudes, à l'intérieur des facteurs personnels « les facteurs identitaires » agissent également comme obstacles et facilitateurs, exerçant une influence considérable sur la qualité de la participation sociale.

Au-delà des facteurs personnels, le MDH-PPH met en avant le domaine conceptuel des facteurs environnementaux qui distingue trois sous-système : le micro-environnement personnel, le méso environnement communautaire et le macro-environnement sociétal (Fougeyrollas, 2010, p. 178). Ces environnements mettent en lumière deux éléments cruciaux au sein des facteurs environnementaux : les composantes physiques et les composantes sociales.

Cela s'entend de l'environnement immédiat comme la famille, le domicile, jusqu'à les transports en commun et les paramédicaux présents dans le méso-environnement, et intègre également le macro-environnement comme la politique et les valeurs socio-culturelles. Ces dimensions spatiales simplifient l'application du modèle pour cerner les facilitateurs et obstacles environnementaux qui influent sur la participation sociale des personnes en situations de handicap.

### 3.2 La définition de la participation sociale selon Patrick Fougeyrollas :

Comme nous l'avons souligné le MDH-PPH est le cadre opératoire du modèle systémique parce qu'il place le concept de participation sociale au centre de sa

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

réflexion. En effet selon Fougeyrollas : « *Envisager le handicap par le biais de la participation sociale, c'est entrer au cœur de l'action, action en même temps individuelle, mais aussi socialisée* »(Fougeyrollas, 2004). Dans le MDH-PPH, la participation sociale est exprimée par le degré de réalisation des habitudes de vie. Cette dimension conceptuelle ne représente pas juste des activités routinières mais aussi des rôles sociaux. Des rôles sociaux liée aux facteurs identitaires de la personne.

Ainsi selon le MDH-PPH, une « *habitude de vie* » se définit comme une activité courante et un rôle social apprécié par l'individu ou son contexte socio-culturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.).

De ce fait, La question de la participation sociale ne se limite pas aujourd'hui à la capacité ou l'incapacité de la personne à subvenir à ses besoins. Elle est définie dans le MDH-PPH comme le fait pour une personne d'assumer des rôles dans la société et de s'engager dans des activités quotidiennes dans divers environnements, comme le domicile, l'école, le lieu de travail et la communauté (Fougeyrollas, 2010a).

Fougeyrollas et son équipe ont clarifié ce domaine conceptuel pour qu'il soit plus opérationnel en réadaptation en incluant une classification des activités de vie domestiques (assurer son hygiène, se vêtir, se nourrir, préserver sa santé,...) , activités de vie quotidienne (entretien de l'habitation , se déplacer, consommer,...), ainsi que les rôles sociaux ( assumer ses responsabilités parentales, financières, l'éducation, le travail, participer à la vie communautaire, les loisirs, ...)

Le degré de réalisation d'une habitude de vie peut être aussi apprécié sur une échelle allant de la situation de pleine participation sociale à la situation de handicap totale.

Ce modèle s'inscrit dans l'idéologie des droits humains et de l'égalité(Fougeyrollas, 2010, p. 150) parce que selon Fougeyrollas(Fougeyrollas, 2010, p. 118) « *Exercer ses droits de la personne, exercer sa citoyenneté et participer socialement sont des finalités apparentées, simultanées, presque synonymes* ». Et de ce fait le MDH-PPH propose une solution pratique pour comprendre les obstacles afin de les lever sur la base d'une solidarité sociale et une volonté du « *vivre ensemble* »(Fougeyrollas, 2010, p. 121).

## Chapitre 2 : La participation sociale au cœur de de l'évaluation en ergothérapie

Dans ce chapitre, nous allons explorer comment l'ergothérapie a évolué pour intégrer la participation sociale dans son approche d'évaluation et d'accompagnement. Nous débuterons par examiner l'évolution du concept de la participation sociale en ergothérapie, avant de nous pencher sur les méthodes actuelles d'évaluation centrées sur cette dimension.

### 1/ Evolution de la notion de participation sociale en ergothérapie :

Kielhofner (cité dans Ferreira, 2003) définit un paradigme comme la construction des concepts fondamentaux d'une discipline. L'évolution des paradigmes en ergothérapie est liée à l'évolution des besoins sur le terrain. Cette partie retrace les fondements de cette profession ainsi que le contexte de sa pratique étroitement lié à l'évolution de la perception du handicap.

En effet, le premier paradigme holistique trouve des échos très tôt dans l'histoire entre l'activité et bienfaits physiques et psychiques que cela peut avoir sur l'Homme<sup>1</sup>.

En faisant un parallèle avec l'évolution des modèles du handicap, ce n'est qu'avec l'émergence du modèle réadaptatif après la première guerre mondiale que l'ergothérapie a pu asseoir ses fondements autant que profession à part entière (Hernandez, 2010).

Dans une quête de reconnaissance scientifique et de légitimation au sein du secteur médical, l'ergothérapie s'est alignée sur une perspective mécaniste du modèle bio-médical qui envisageait l'individu comme un agglomérat de structures et de fonctions pouvant être modifiées indépendamment les unes des autres. Les interventions ergothérapiques proposaient principalement des activités manuelles et artisanales. L'objectif était de rétablir des fonctions physiques spécifiques à

---

<sup>1</sup> C'est grâce au psychiatre Philippe Pinel que l'on doit la première application du traitement par le travail aussi connu sous le « *traitement moral* » qui s'appuie sur l'idée fondamentale de l'interconnexion entre le corps et l'esprit, suggérant que l'engagement dans des activités significatives est essentiel au bien-être humain.

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

travers des activités répétitives, en espérant que cela conduise la personne vers plus d'indépendance et d'autonomie dans sa vie quotidienne et sociale.

C'est seulement avec l'apparition du modèle social que l'ergothérapie a fait son entrée dans l'ère du complexe et a remis en cause la vision mécaniste du handicap.

Ce troisième paradigme prône une vision globale de l'individu et souligne l'importance des activités quotidiennes comme élément essentiel de la condition humaine, fondamental pour le bien-être physique et mental de l'individu.

En s'appuyant sur le modèle systémique, ce paradigme tire son essence d'un besoin social de réadaptation. La finalité de l'ergothérapie ne s'aligne plus sur un besoin de réparer le membre de la personne afin de l'intégrer dans une société normative, mais a évolué vers une réadaptation moins réductionniste et plus ouverte vers l'extérieur des institutions.

En parallèle avec l'élaboration de modèles conceptuels spécifique à la pratique de l'ergothérapeute (Charret & Thiébaud Samson, 2017) et dans une démarche de consolidation et de reconnaissance scientifique de la profession, l'ergothérapie a commencé à s'appuyer sur la science de l'Activité Humaine (Poriel, 2014). *« L'objectif est d'étudier l'homme en tant qu'être occupationnel et d'explorer la relation entre l'activité humaine et la santé. Cela signifie comprendre comment les différentes activités, ou "occupations", qu'un individu entreprend dans sa vie quotidienne - qu'il s'agisse de tâches ménagères, de loisirs, de travail ou d'activités sociales - affectent sa santé physique et mentale »* (Charret & Thiébaud Samson, 2017). Cette science innovante offre ainsi un support de réflexion pour la pratique de l'ergothérapie, en recentrant leur pratique sur la personne et les activités qu'ils réalisent dans son quotidien (Caire et al., 2012) . La Science de l'Activité Humaine encourage ainsi les ergothérapeutes à recentrer leur pratique dans le secteur de la réadaptation à faciliter de la participation sociale des personnes accompagnées. La mise en œuvre du modèle systémique en réadaptation a engendré une révision des méthodes d'accompagnement ainsi que des outils d'évaluation, afin de mieux répondre aux besoins des personnes accompagnées. Ce changement de paradigme a offert une approche de réadaptation plus englobante et holistique.

Cette vision élargie de l'ergothérapie l'a conduite à se déployer bien au-delà des institutions sanitaires traditionnelles. L'ergothérapeute est maintenant présent dans divers cadres, qu'il s'agisse d'institutions médico-sociales, d'associations, de services de maintien à domicile, de réseaux ou même en pratique libérale. Ce mouvement reflète une profession en constante évolution, cherchant toujours à répondre aux besoins changeants de la société.

## 2/ L'évaluation en ergothérapie : démarche centrée sur la participation sociale

La pratique de l'ergothérapeute fait écho avec l'Approche Centrée sur la Personne, conçu par le psychologue américain Carl Rogers (Devonshire & Suhner, 2011) . En effet les principes inhérents de la pratique centrée sur la personne en ergothérapie sont : *le partenariat thérapeutique, l'autonomie décisionnelle, le respect de la personne, la congruence contextuelle ainsi que l'habilitation aux occupations* (Tremblay & Brousseau, 2020). Cette approche est fondamentale pour instaurer les jalons de confiance et assurer l'engagement de la personne tout au long de l'intervention. A travers cette approche, l'ergothérapeute veille à ce que la personne soit impliquée dans les différentes étapes du processus en ergothérapie en adaptant les interventions afin qu'elles concordent avec ce que la personne trouve significative.

Bien qu'une étude québécoise ait révélé un décalage entre les principes de l'Approche Centrée sur la Personne (ACP) en ergothérapie et la réalité sur le terrain, du fait que les ergothérapeutes doivent *évaluer, intervenir et transférer les personnes accompagnées à un rythme rapide*. De plus, les résultats de l'étude mettent en évidence la difficulté à impliquer la personne tout au long du processus. Cependant, cette étude soutient l'idée qu'il est essentiel de maintenir une écoute active pour établir un lien de confiance avec la personne et l'encourager à participer activement à son propre accompagnement. Ainsi, la démarche d'évaluation en ergothérapie.

### 2.1 La démarche d'évaluation en ergothérapie :

La démarche d'évaluation du handicap s'inscrit dans une trilogie des 3R définis par l'OMS comme suit : *rééducation (techniques qui visent à aider l'individu à réduire les déficiences et les incapacités d'un patient), réadaptation (ensemble de moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ces incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes), réinsertion (ensemble des mesures médicosociales visant à optimiser le retour dans la société en évitant les processus d'exclusion).*

Selon J. PROULX (cité dans Poriel, 2014) « *Les résultats de la réadaptation doivent être désormais mesurés non pas tant en termes de « réduction des incapacités » qu'en terme de participation sociale.* ». L'évolution des paradigmes de l'ergothérapie fait que ses pratiques sont désormais ancrées dans un modèle systémique. Dans la dynamique d'évaluation en ergothérapie, la phase d'élaboration des objectifs s'inscrit après avoir évalué les difficultés qui placent la personne en situation de handicap. Le but de l'évaluation est de collaborer avec la personne accompagnée afin de co-construire les objectifs, choisir l'intervention la plus efficace pour renforcer les capacités de la personne et/ou réduire les obstacles environnementaux. La finalité est d'améliorer la participation sociale de la personne accompagnée que ce soit en termes de rééducation, réadaptation ou (ré)insertion (Hernandez, 2010). Pour rappel que les habitudes de vie ce n'est pas que des activités courantes mais aussi des rôles sociaux avec des responsabilités derrière.

L'ergothérapie en santé mentale se focalise principalement sur la réhabilitation sociale de la personne. Anthony ( cité dans Yann, 2016) définit la réhabilitation psychosociale comme suit : « *augmenter les capacités de la personne jusqu'à ce qu'elle puisse fonctionner avec succès et satisfaction dans l'environnement de son choix avec, idéalement, un minimum d'intervention professionnelle.* ».

L'objectif de l'ergothérapie en psychiatrie est de faciliter la transition de la personne pour qu'elle puisse retrouver un niveau optimal de fonctionnement social. L'ergothérapie en psychiatrie vise à faciliter la transition des individus souffrant de troubles psychiatriques vers un fonctionnement social optimal, en mettant l'accent sur les compétences sociales, l'engagement et la motivation pour les activités et rôles sociaux valorisés par l'individu. Les activités au cœur de l'intervention, comprennent souvent des ateliers artistiques thérapeutiques, des groupes de discussion et des ateliers d'apprentissage des compétences sociales, bien que ces



activités puissent parfois être confondues avec des méthodes de "traitement moral" ou perçues comme du divertissement (Ferreira, 2003).

## 2.2 Les outils d'évaluation de la participation sociale en ergothérapie :

Pour organiser ces divers outils, un diagramme de Ven offre une visualisation des outils que l'ergothérapeute utilise pendant la démarche d'évaluation.

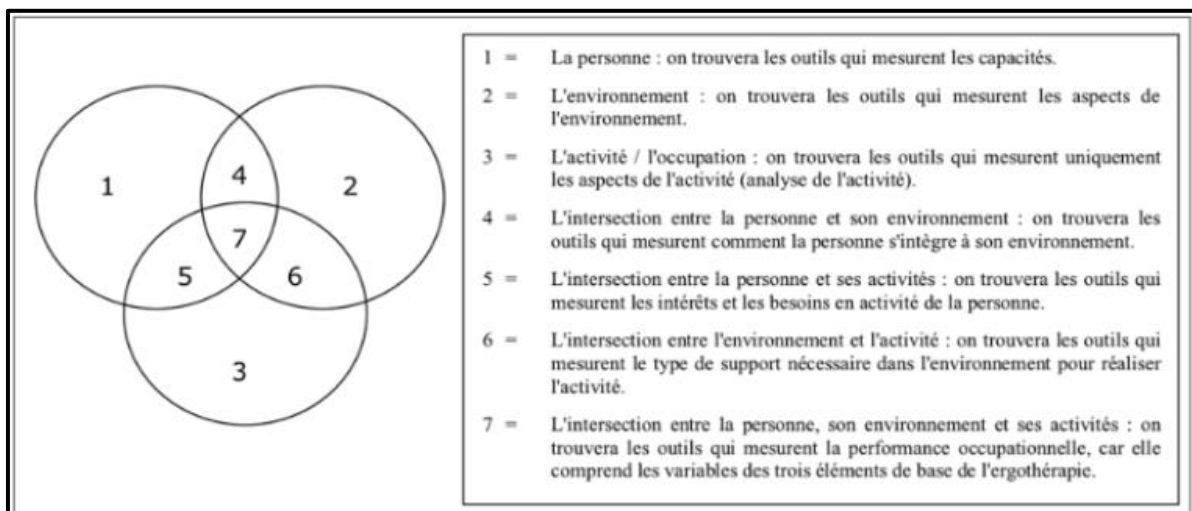


Figure 1 Diagramme de Ven

L'essentiel du modèle MDH-PPH tourne autour de la situation de handicap ou la participation sociale. Selon ce modèle la participation sociale s'évalue par le degré de réalisation des habitudes de vie qui résulte de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux (Fougeyrollas, 2007). L'ergothérapeute dispose d'une panoplie d'instruments pour évaluer et cerner les problématiques de l'individu, englobant toutes les caractéristiques, aptitudes et compétences propres à la personne, comme la motricité fine. L'environnement, englobant le cadre de vie de l'individu, qu'il soit physique, socioculturel, économique ou juridique. On pourrait, par exemple, évaluer un espace de travail. L'évaluation des habitudes de vie, qui couvrent les rôles joués à travers les différentes activités, comme l'analyse de l'activité professeur. L'utilisation d'outil d'évaluation permettra non seulement à l'ergothérapeute et à la personne accompagnée de définir les objectifs de l'intervention mais aussi d'évaluer la progression de la personne tout au

long de l'accompagnement assurant ainsi un accompagnement adapté et un ajustement des interventions en fonction des progrès.

### 3/ La pertinence de l'utilisation du modèle MDH-PPH par les ergothérapeutes en réadaptation :

A la lumière des discussions précédentes, le MDH-PPH est un modèle général interpersonnel qui a été très bien accueilli par les ergothérapeutes (Morel, 2017).

En adoptant ce modèle, l'ergothérapeute met davantage l'accent sur l'interaction entre l'individu, son environnement et ses habitudes de vie. Il élabore son plan d'intervention en se basant sur les habitudes de vie que la personne considère comme ayant du sens, dans le but de réduire sa situation de handicap et d'améliorer sa participation sociale. On parlera également de pratique "écologique", car l'ergothérapeute commence à prendre en considération les habitudes de vie de la personne dans son environnement.

De la même manière, grâce à sa flexibilité, le modèle MDH-PPH permet d'intégrer des événements qui se déroulent en même temps et qui sont influencés par divers facteurs changeants qui interagissent mutuellement. Par conséquent, lors de son utilisation, il serait impossible d'évaluer la qualité de la participation sociale d'un individu sans tenir compte de son environnement.

C'est pourquoi l'utilisation de ce modèle comme cadre conceptuel de ce document est particulièrement pertinente.

La question qui se pose est comment opérationnaliser la mesure de la participation sociale tout en restant cohérent avec les principes du modèle MDH-PPH qui pourra être utilisé dans le milieu de réadaptation ?

Fougeyrollas et son équipe ont voulu travailler à la fabrication d'un questionnaire d'évaluation de la qualité de la participation sociale. *Selon lui* (Fougeyrollas, 2010, p. 164) « *une des difficultés d'élaboration de ce type de questionnaire est justement qu'il faut éviter d'introduire, dans la formulation des questions, des éléments référentiels trop marqués par un segment de population ou par un environnement socioéconomique, culturel ou géographique singulier* ». La personne chargée de

produire un premier draft du questionnaire et pourtant bien éveillé à la philosophie sous-jacente du PPH et formé en sciences de la santé s'est retrouvé à lister les activités courantes qui décrivent son propre quotidien. « *Pour lui – la proposition qu'il avait préparé le reflétait fidèlement – tout le monde vivait dans une maison unifamiliale, avait un terrain à entretenir, tondait sa pelouse, allait porter ses ordures au chemin et avait un compte à la caisse populaire du secteur* ». Cette tendance à percevoir l'environnement comme normatif et microcosmique fait écho avec les observations de Maria Ferreira (Ferreira, 2003) qui associe ce phénomène avec les « *représentations sociale*», qui relève davantage du "sens commun". Pour elle la langue et la culture prédécoupent la réalité : Elle fait référence aux "représentations sociales" influencé par *les modèles, les croyances, les normes et les valeurs du groupe dans la modification et l'orientation des opérations cognitives* . Soulignant ainsi la nécessité de contextualiser les outils d'évaluation de la qualité de la participation sociale à la culture spécifique à laquelle ils s'adressent, afin d'éviter une marginalisation encore plus des individus dont les expériences de vie ne correspondent pas aux habitudes de vie listées. Cela appelle à une approche plus collaborative et inclusive dans la création de tels outils, où une diversité de voix et d'expériences garantissent une représentation plus complète des habitudes de vie dans l'outil en question.

## **Partie 2 : Surmonter les barrières à la participation sociale au *Sud Global* : expérience de l'ergothérapie au Maroc**

Avant d'introduire le projet d'ergothérapie, il nous semble essentiel de mettre en lumière les circonstances qui ont favorisé la reconnaissance des personnes en situation de handicap dans le *Sud Global*. C'est grâce à cette reconnaissance que les projets visant à promouvoir leur participation sociale comme l'implantation de l'ergothérapie au Maroc a eu lieu

### **Chapitre 1 : Une brève présentation du handicap dans le *Sud global*<sup>2</sup>**

Ce chapitre retrace les points clefs concernant la reconnaissance du handicap dans le *Sud Global* et plaide pour une prise en considération plus grande des facteurs sociaux, culturels et économique dans la mise en œuvre des projets de développement.

#### 1/ La reconnaissance du handicap dans le *Sud Global* :

L'histoire de l'évolution de la prise en compte du handicap est marquée par de profondes différences entre les pays occidentaux et le *Sud Global*. Alors que dans les pays occidentaux, la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap a émergé de mouvements internes de défense des droits civils et de réformes législatives. Dans les le *sud global*, cette reconnaissance a principalement été appuyée par des organisations non gouvernementales (ONG) occidentales et des projets de développement internationaux (PDI). Shaun Grech dans "*Disability in the global South the critical Handbook*" (Grech, 2016, Chapitre 1) a retracé les principaux points qui ont permis l'intersection entre le nexus handicap/ PDI.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 15 % de la population mondiale est en situation de handicap, dont 80 % se trouvent dans le *Sud global*. Shaun souligne une corrélation significative entre pauvreté et handicap, déclarant que « *beaucoup de ces personnes vivent dans des zones rurales dans des*

---

<sup>2</sup> Dans son ouvrage *Disability in the global south*, Shaun Grech définit le sud global comme étant les régions du monde qui sont généralement caractérisées par des niveaux plus élevés de pauvreté, d'inégalité et de marginalisation où les personnes en situation de handicap sont doublement désavantagées.

*conditions de pauvreté et d'extrême pauvreté. Il n'est peut-être pas surprenant que la majorité des personnes handicapées se trouvent dans l'espace méridional, car la pauvreté a toujours créé et continue de créer des conditions multiples pour la création et le maintien de l'incapacité. »*

Malgré ce nombre élevé supposé de personnes handicapées dans le *Sud Global* et les conditions de pauvreté accrues auxquelles elles sont confrontées, cela n'a pas été suffisant pour inclure le handicap dans les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Cette exclusion des personnes handicapées des systèmes de développement a constitué une violation inévitable des droits de l'Homme, qui a eu un impact direct sur les conditions de vie des personnes handicapées dans les pays en développement.

Revenons sur quelques concepts fondamentaux pour bien cerner ce que l'on entend par droits humains. Ce sont des normes qui établissent les seuils en dessous desquels la vie et la dignité humaine sont violées, notamment en ce qui concerne la liberté, le logement, l'alimentation, etc.. Nul ne peut être privé de ces droits sans occasionner de graves injustices (Fougeyrollas, 2010, p. 59).

Une autre facette des droits humains est étroitement liée à la qualité de la participation sociale. Elle englobe les droits économiques, sociaux et culturels. Les droits économiques incluent le droit au travail et son avantage associé, à savoir un salaire équitable. Les droits sociaux englobent le droit à la santé, à l'éducation, à une alimentation adéquate et suffisante, ainsi qu'à la protection de la famille. Enfin, les droits culturels se rapportent aux activités valorisées par chaque groupe culturel, y compris la pratique religieuse, la participation aux festivités, aux célébrations, aux arts, etc. (Fougeyrollas, 2010, p. 59).

Pour remédier à ce manque de considération voire d'ostracisme. Un lobbying sous le nom de « *disability mainstreaming* » qui s'est inspiré du mouvement féministe s'est mis en place pour trouver au handicap une place dans l'agenda politique internationale. De plus, ce mouvement a été soutenu par l'émergence du modèle anglo-saxon sociale dans les années 90 et l'élaboration de la Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIRDPH) ce qui a favorisé la reconnaissance du handicap dans les Objectifs de Développement Durable (ODD) (Grech, 2016, Chapitre 1). Les personnes en situation de handicap sont clairement incluses dans :

- L'ODD 4, qui vise une éducation de qualité pour tous, en éliminant les inégalités dans ce domaine (cible 4.5).
- L'ODD 8, qui appelle à un travail décent et à une croissance économique pour tous, y compris les personnes handicapées (cible 8.5).
- L'ODD 10, qui plaide pour la réduction des inégalités, donnant à chacun, indépendamment de son statut, des opportunités et une égalité de chances sur le plan économique (cible 10.2).
- L'ODD 11, qui vise à créer des villes et des communautés durables, offrant un accès à des systèmes de transport sécurisés, abordables et durables pour tous, avec une attention particulière pour les personnes vulnérables (cible 11.2).
- L'ODD 17, qui encourage les partenariats pour la réalisation des objectifs, en augmentant la disponibilité de données de haute qualité désagrégées par caractéristiques telles que le handicap (cible 17.18).

Cependant, selon Shaun Grech, les ODD ne tiennent pas suffisamment compte de la diversité des expériences vécues par les personnes en situation de handicap dans le *Sud Global*. Il critique le discours du développement international, qui tend à homogénéiser les personnes en situation de handicap, comme si elles constituaient une masse indifférenciée.

## 2/ La réhabilitation à base communautaire : modèle utilisé dans le sud global

La Réhabilitation à Base Communautaire (RBC) a été mise en place en réponse à la reconnaissance internationale du fait que de nombreuses personnes en situation de handicap, en particulier dans les pays en développement, n'ont pas accès aux services de réhabilitation. Elle repose sur une approche multisectorielle et met l'accent sur l'implication de cette frange de population, de leur famille et de leur communauté dans les programmes de réhabilitation (World Health Organization et al., 2011) . Les ONG ont mené des missions dans les pays en développement, en mettant en pratique la réhabilitation à base communautaire (RBC), une approche promue par l'OMS dans les années 1970 (Grech, 2016, Chapitre 1), plus

précisément lors de la conférence internationale d' Alma Ata en 1978 (Fransen, 2008). L'objectif du modèle est de transmettre les techniques de réadaptation de base aux personnes en situation de handicap et leurs familles ou de soutien aux personnes handicapées par l'intermédiaire de la collectivité locale, en utilisant les ressources locales afin de favoriser l'accès à l'éducation, à la formation professionnelle et à l'emploi (Fransen, 2008).

La critique adressée à ce modèle est qu'il s'incline vers le modèle traditionnel et médical de rééducation. Depuis les années 70, la matrice du modèle de RBC (**Annexe**) certes évolué, mais cette évolution n'a pas été remarquée dans tous les domaines où la critique était dirigée vers les aspects occidentaux qui ont été adoptés sans beaucoup de considération envers le contexte du *Sud Global*. Des concepts comme *l'empowerment*, l'autonomie et l'indépendance ont souvent été mis en avant sans adaptation aux réalités locales. P. Kuiper et L.P. Sabuni (Kuipers & Paluku Sabuni, 2016) citent l'incompatibilité de ces concepts avec la philosophie de *l'Ubuntu*, qui valorise l'interdépendance entre les êtres humains dans certains contextes africains, ou dans les pays asiatiques où ces notions sont perçues comme égoïstes. La place prépondérante de la famille dans ces communautés fait que ces concepts peuvent être vus comme des menaces à l'ordre social.

Selon Shaun (Grech, 2016, Chapitre 1), Il est essentiel de réfléchir de façon critique à la manière dont les politiques et les programmes liés au handicap sont mis en œuvre. Il est nécessaire de tenir compte du contexte spécifique de chaque pays et d'adopter une approche adaptée et réactive, y compris dans le milieu de la réadaptation.

La CIRDPH a encouragé les organisations mondiales et les ONG à reconsidérer leur approche vis-à-vis du handicap. En réponse, les projets de développement international (PDI) ont adopté une nouvelle stratégie, connue sous le nom « *Twin-Track approach* » ou « *approche à double voie* » (Shaun et UN). Cette méthode se segmente en trois catégories distinctes. La première englobe les institutions intergouvernementales, généralement chargées d'octroyer des prêts ou des subventions. La seconde rassemble les ONG ayant une vocation internationale pour répondre à un besoin humanitaire spécifique, et celles-ci collaborent étroitement dans la mise en œuvre des objectifs d'un PDI avec le troisième groupe, constitué d'instances nationales sur le terrain (institutions gouvernementales, société civile, autres parties prenantes) (Shaun). Cette stratégie encourage aussi les ONG à

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

considérer les personnes en situation de handicap non seulement comme bénéficiaires, mais également comme acteurs clés du changement, garantissant des interventions adaptées et pertinentes en prenant en compte leur besoin avant de formuler la note conceptuelle d'un projet. Pour qu'un PDI ait plus de chance d'avoir un impact, ce dernier doit être considéré comme un processus qui doit être adapté et réadapté. Il doit concilier entre l'approche « *TOP-DOWN* » issue des standards internationaux avec celle du « *BOTTOM-UP* » issue du savoir local (Brière & Proulx, 2013).

## **Chapitre 2 : La participation sociale au Maroc : Le rôle de l'ergothérapie**

Pour situer le projet d'ergothérapie porté par Humanité&Inclusion en collaboration avec le ministère de la santé au Maroc, ce chapitre présente le contexte dans lequel il s'inscrit. Il expose également l'importance de la contextualisation de ce nouveau métier pour garantir la pérennité de l'ergothérapie au Maroc, avant d'introduire l'outil d'analyse de situation de handicap comme une des réponses adaptées aux défis rencontrés par les ergothérapeutes marocains sur le terrain.

### 1/ La politique du handicap au Maroc : un chantier en cours

#### 1.1 Définition du handicap et cadre de référence de la politique du handicap au Maroc :

Avant de plonger dans quelques aspects politiques du handicap au Maroc, il paraît important de clarifier la définition du handicap telle qu'elle est envisagée dans ce contexte. La définition du handicap influence la manière dont nous traitons les personnes en situation de handicap (comme vu dans le chapitre 1 de la première partie). Cela est d'autant vrai quand nous parlons de définition du handicap formulée dans les politiques qui influence notamment la manière dont les départements ministériels incluent ce concept dans les politiques de l'emploi, politique de santé, politique de lutte contre la discrimination... etc.

La définition du handicap telle qu'expliquée dans le plan national de santé et le handicap 2015-2021 corrobore avec les définitions dans la Classification Internationale du fonctionnement (CIF).



Ainsi, la Loi 97/13 (article 2) définit la personne en situation de handicap comme suit :

**« Toute personne présentant une déficience, ou une incapacité physique, mentale, psychologique, permanente, qu'elle soit constante ou évolutive, l'empêchant en cas d'obstacles contextuels d'une participation complète au même pied d'égalité que le reste de la population. »**

Lorsque nous le comparons au MDH-PPH, le cadre théorique de cet écrit, il est clair que la définition extraite de la CIF offre une perspective multidimensionnelle du handicap. Elle met en lumière non seulement les facteurs personnels liés aux systèmes organiques, sans toutefois incorporer explicitement les composants identitaires que le MDH-PPH prend en considération de façon prononcée. Elle aborde également les facteurs environnementaux, tout en insistant sur l'importance de garantir la participation en s'appuyant sur les droits fondamentaux. Toutefois cette définition tend à se concentrer en premier sur les obstacles inhérents des facteurs personnels et ne met pas en avant l'interaction dynamique entre l'individu et son environnement, suggérant que le handicap est davantage le produit de cette interaction qui peut influencer considérablement la participation sociale comme met en avant le MDH-PPH.

## 1.2 Développements actuels de la politique du Handicap au Maroc :

Lors de la rédaction de cet écrit, La politique du handicap est en cours de reconstruction au Maroc.

Le Maroc a adhéré à la Convention Internationale des Droits des Personnes Handicapées (CIDPH) de l'ONU et à son protocole optionnel en 2009 qui valorise « *le respect, en toutes circonstances, de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, de la pleine participation et d'inclusion des personnes ayant des incapacités comme principes fondamentaux.* ». Ceci avait pour but de marquer un tournant en passant d'une vision principalement médicale du handicap à une perspective axée sur les droits.

Cette volonté a été ressentie dans la constitution du royaume révisée du 1er juillet 2011 (Royaume, 2011), le pays a intégré dans son préambule le principe de non-discrimination, y compris pour les personnes en situation de handicap. Il a également explicitement établi d'« *accorder aux conventions Internationales dument ratifiée (...) la primauté sur le droit interne du pays, et d'harmoniser en conséquence les dispositions pertinentes de sa législation nationale* ».

En 2014, le ministère de la Solidarité, du Développement social, de l'Égalité et de la Famille élabore les politiques intégrées pour la promotion des droits des personnes handicapées afin de diversifier et d'améliorer une nouvelle génération de services sociaux aux dimensions inclusives qui placent la promotion des droits de la personne en situation de handicap au centre des préoccupations des politiques publiques et où l'ergothérapeute fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire dans les services de rééducation et de réadaptation.

Parallèlement en 2015, le ministère élabore son plan d'action Santé et le Handicap 2015-2021 et signe une convention avec Humanité&Inclusion pour mettre en œuvre ce plan. Constitué de 6 axes stratégiques et 20 mesures. La création de la filière d'ergothérapie est définie dans la 12ème mesure du troisième axe dont l'objectif est d'assurer la disponibilité en ressources humaines compétentes dans le domaine du Handicap (Ministère de la Santé, 2016).

De même que le guide de standards relatifs aux établissements de prise en charge des personnes en situation du handicap et à la mise en place d'une filière de soins de réadaptation au Maroc, rédigé en 2017, met en avant les principes généraux du système de la santé fondé sur le droit en accord avec la CRIDPH ainsi que les principes éthiques de prise en charge des personnes en situation de handicap :

- *Respect de la dignité humaine*
- *Respect de l'autonomie*
- *Équité et participation*
- *Considération de la qualité de vie*
- *Assistance et responsabilité*
- *Prise en charge personnelle et continue, collaboration interdisciplinaire*
- *Collaboration avec le milieu sociale*

Théoriquement, tous cet arsenal juridique permet aux paramédicaux fonctionnaires dans le secteur public , régit par la loi 45-13<sup>3</sup>, de mener à bien sa démarche d'évaluation de situation de handicap en collaboration avec la personne accompagnée et son entourage.

Jamal (Jamal, 2018) admet que l'État occupe maintenant une place importante dans le renforcement des conditions de vie des individus handicapés. Néanmoins, il considère que la stratégie politique en la matière est toujours *embryonnaire*, et qu'il paraît que l'engagement des associations est nettement supérieur à celui du secteur politique.

Ce constat a été souligné en 2005 par Latifa Serghini (Serghini, 2005) qui déplore la situation par rapport aux rôles qui revient à l'état et celui aux ONG internationales, pour elle : « *il ne faut pas que ces dernières soient aussi un lieu d'exclusion pour les personnes en situation de handicap en l'absence d'investissement institutionnel par l'État. Ceci confinerait encore les associations dans un rôle caritatif...* ».

Ce qui est d'autant plus alarmant est « *dans le contexte marocain, la prise en charge financière de la personne en situation de dépendance repose essentiellement sur la famille. Cette situation participe à la pauvreté du ménage* »(Sánchez et al., 2022).

L'absence de dimension politique qui offre une aide formelle (ex : une indemnisation mensuelle, reconnaissance du titre d'aidant ..) dédiés aux personnes en situation de dépendance et à leur entourage fait que les coût lié à l'accompagnement de la personne ( transport, consultation, aide technique, médicaments, aménagement de l'environnement...) renforce la vulnérabilité économique de ces ménages et renforce le processus de production du handicap.

Toutefois, ces constats peuvent se voir ébranlé, notamment par le démarrage en 2023, de la réforme globale du système de santé s'étendant jusqu'en 2027, une initiative conjointe de l'OMS et du ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Cette réforme s'appuie sur quatre axes stratégiques majeurs : premièrement, soutenir le renforcement du système national de santé, notamment à travers la mise en place généralisée de la Couverture Santé Universelle (CSU) ; deuxièmement, fortifier la résilience du système national de santé ; troisièmement, accompagner l'amélioration de la gouvernance dans le cadre de la refonte dynamique du système

---

<sup>3</sup> Loi relative à l'exercice des professions de rééducation, de réadaptation et de réhabilitation fonctionnelle

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

national de santé ; et enfin, promouvoir la santé et le bien-être de la population, tout en assurant une équité en matière de santé, en mettant l'accent sur les déterminants sociaux et environnementaux et en consolidant une approche multisectorielle (MATIN, 2023).

## 2/ Présentation de Humanité&Inclusion : Porteur du projet ergothérapie au Maroc :

Humanité&Inclusion (de son ancien nom Handicap International) est un organisme non gouvernemental à but non lucratif fondée en 1982 à Lyon par deux médecins français Jean-Baptiste Richardier et Claude Simonnot ainsi qu'un orthoprothésiste Yves Gaumeton. La première mission d'Humanité&Inclusion (HI) s'adressait aux réfugiés dans les camps au Cambodge et en Thaïlande dans un cadre de réadaptation. L'action s'est ensuite développée pour offrir un éventail d'actions dans 60 pays : l'éducation inclusive et l'insertion sociale et économique des personnes en situation de handicap, l'aide aux réfugiés, le plaidoyer de la société civile, la santé (aide aux malades et prévention) et la solidarité à travers des projets de développement et des projets d'urgence.

Il est à noter que le changement de nom de l'organisme, passant de Handicap International à Humanité&Inclusion, est principalement dû à l'évolution de la compréhension de la situation du handicap. Cette notion a adopté une perspective plus large et sociale ce qui explique le changement du nom de l'organisation et la diversité des projets qui touche le genre, l'enfance et les migrants par exemple.

### 2.1 Présentation des activités de HI au Maroc :

Les débuts des années 1990 au Maroc ont été marqués par la création des associations œuvrant dans le domaine du handicap militant pour accéder aux droits fondamentaux par des personnes handicapées physiques, des personnes atteintes de cécité ou des aidants naturels, tels que les mamans des enfants lourdement handicapés. Cela s'explique par l'absence de plan d'accompagnement de l'État pour cette frange de population.

Depuis son arrivée en 1999, HI a soutenu le développement d'un réseau solide d'organisations de personnes handicapées (OPD) en renforçant leurs capacités

d'autodéfense et d'action. Par exemple, l'ONG a offert des formations aux membres de la société civile dans la conception de plaidoyer auprès de l'État, le développement organisationnel de leurs associations et a apporté un soutien financier pour rendre leurs associations accessibles physiquement ainsi que par des donations de matériels bureautique, des dons à visée thérapeutique ou des fauteuils roulants.

Depuis 2011, la fédération a commencé à travailler étroitement avec les autorités marocaines pour la conception et la mise en œuvre de politiques publiques inclusives et mettre en place des projets afin de promouvoir la participation sociale des personnes en situation de handicap ou en situation de vulnérabilité. Ainsi actuellement et selon la fiche de pays élaborée par HI, les secteurs d'intervention de la fédération au Maroc concernent :

- Le secteur économique dont l'objectif est « d'insérer professionnellement des personnes en situation de handicap, de renforcer les synergies des acteurs publics, privés et de la société civile pour améliorer l'accès à l'emploi et de renforcer les capacités de plaidoyer des acteurs associatifs et privés pour promouvoir des politiques de l'emploi plus inclusives. ».
- L'action humanitaire inclusive qui concerne la cellule migration de HI est qui consiste à « améliorer l'accès et la qualité de la prise en charge des personnes migrants vulnérables aux services et de Renforcer les capacités des organisations de la société civile pour une coordination améliorée et un plaidoyer stratégique en direction des décideurs au niveau régional et national. »
- Le projet TIHT « TAKWIA, IBTIKAR, HIWAR et TAGHYIR » (TIHT), qui se traduit par "Renforcement, Innovation, Dialogue et Changement", a pour objectif d'apporter soutien et accompagnement aux Organisations de la Société Civile (OSC) marocaines afin de renforcer leur structure et réseautage, en vue d'accroître leur impact sur les politiques publiques dans des domaines tels que les droits des personnes handicapées, la protection de l'enfance, l'accès à la justice et les droits des femmes.
- Le secteur de réadaptation, où l'auteure de ce mémoire a effectué son stage long. L'objectif de ce secteur était d'introduire l'ergothérapie au Maroc, puisqu'avant 2016 ce métier ne faisait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire.

## 2.2 Bref retour sur le projet ergothérapie au Maroc :

En réaction à la politique publique au Maroc qui encourage de plus en plus la participation sociale des personnes en situation de handicap et leur accès aux droits au Maroc. Cette dynamique s'est développée en parallèle à la signature par le Maroc de la CRDPH, ainsi que son adhésion aux Objectifs de Développement Durable (ODD). Ce qui illustre la volonté partagée entre la législation nationale et la législation internationale d'améliorer les conditions de participation sociale des personnes en situation de handicap. L'ergothérapie était une des seules professions paramédicales de réadaptation encore absente au Maroc. Suite à la demande des pouvoirs publics, une étude conduite par HI a révélé que l'ergothérapie est l'une des rares professions paramédicales de réadaptation encore absentes au Maroc. L'absence de l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire et dans la vie quotidienne, scolaire, professionnelle et sociale freine les démarches d'insertion sociale mises en place pour les personnes en situation de handicap étant donné ses compétences à analyser la situation de handicap de manière globale et holistique, en prenant en compte la personne, ses habitudes de vie et son environnement.

Dans ce cadre, l'ensemble de ces éléments a facilité la constitution par HI d'un dossier robuste, ce qui lui a valu l'obtention d'un financement de la part de la Direction de la Coopération Internationale (DCI) de la principauté de Monaco. Cette dernière s'engage activement à soutenir les Pays les Moins Avancés (PMA) dans la réalisation de projets alignés sur les Objectifs de Développement Durable (ODD), avec un accent particulier sur l'amélioration des conditions des groupes les plus vulnérables (Communiqué, 2017). L'initiative de l'intégration de l'ergothérapie correspond particulièrement bien à l'ODD 10, et plus spécifiquement à l'ODD 10.2, qui prône la "promotion de l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap". Cette démarche coïncide parfaitement avec les objectifs centraux de l'ergothérapie.

Ainsi en 2016, le projet « *l'ergothérapie au service de l'autonomie des personnes en situation de handicap* » s'est mis en place et dont l'objectif général et à long

terme est d'améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap au Maroc en apportant un accompagnement fondé sur leurs droits et leurs besoins. Toutefois, l'introduction de l'ergothérapie au Maroc ne s'est pas limitée à implanter cette profession, une attention particulière a été accordée à l'adaptation de cette discipline à la réalité socio-culturelle marocain. Dans un premier temps, le projet avait pour but de concevoir la filière d'ergothérapie sur des standards internationaux dans le secteur de la rééducation, réadaptation sociale, (ré)insertion scolaire et professionnelle en adéquation avec le contexte marocain. Dans un second temps le projet a veillé à institutionnaliser le métier et le rendre autonome par le suivi des deux premières promotions d'ergothérapeutes recrutés dans les services publics. Depuis le recrutement de la première promotion d'ergothérapie diplômée en 2020 par le ministère de la santé dans les services publics. HI a travaillé étroitement avec les nouveaux recrues, au nombre de 57, afin de rendre l'ergothérapie plus marocaine Bien que cette profession soit reconnue et pratiquée depuis plus d'un siècle à travers le monde, il était essentiel de l'adapter à la réalité socio-culturelle marocaine pour garantir son efficacité sur le terrain. Pour appuyer cette idée, nous allons l'expliquer sous deux angles : d'abord la culture de l'ergothérapie, puis l'ergothérapie comme culture, et comment les ergothérapeutes avec l'équipe projet ont essayé d'ajuster leur enseignement à la réalité du terrain marocain en concevant un outil d'évaluation de situation de handicap contextualisé à la culture marocaine.

### 3/ Ergothérapie et divergence culturelle : Négocier les voies de la participation sociale

Dans la situation actuelle, l'ergothérapie commence à prendre racine au Maroc, se situant à un carrefour important où la culture locale rencontre et s'entremêle avec les méthodes thérapeutiques. Ainsi, en explorant les recherches et les écrits scientifiques actuels, cette partie cherche à souligner les grands défis qui poussent à revoir l'ergothérapie sous un jour angle. L'idée est de la percevoir non pas comme une science figée et générale, mais plutôt comme une pratique vivante et adaptable, capable de s'ajuster aux spécificités culturelles, pour mieux promouvoir la participation sociale sur un territoire qui ne partagent pas les mêmes visions que celles où elle s'est développée.

### 3.1 Comprendre l'identité de l'ergothérapie pour un meilleur accompagnement des personnes en situation de handicap :

L'ergothérapeute accompagne les individus en situation de handicap pour accomplir des activités du quotidien qui sont signifiantes pour eux et pertinentes dans leurs environnements. La notion « activités signifiantes pour la personne et significatives pour son environnement » est souvent employée pour décrire l'engagement de la personne dans une activité quand celle-ci a du sens pour elle. Dans cette même veine, WILCOCK explique que "*les activités prennent sens dans la culture où elles sont pratiquées et c'est pourquoi elles sont significatives pour les individus*" (cité par Meyer, 2013). Selon Mumford la culture est décrite comme un tout complexe constitué de savoirs, croyances, mœurs, lois, coutumes et toutes autres capacités acquises par l'individu en tant que membre de la société (Iwama, 2007).

En ce qui concerne la promotion de la participation sociale, Selon Iwama (Iwama, 2007) l'analyse des concepts jugés fondamentaux pour comprendre l'ergothérapie devrait permettre d'appréhender la culture intégrée dans les constructions actuelles de l'ergothérapie afin d'adopter des approches inclusives et adaptées culturellement dans les pays qui ne partagent pas les mêmes fondations philosophiques de l'ergothérapie.

Comme vu précédemment (Cf. Chapitre 2) l'ergothérapie tire son essence dans le monde occidental, en se basant sur des suppositions culturelles occidentales pour formuler les concepts essentiels de la profession (Malkawi et al., 2020a). De ce fait, l'ergothérapie en tant que profession n'est pas neutre sur le plan culturel ; au contraire, la culture professionnelle dominante est étroitement alignée sur les valeurs, croyances et hypothèses culturelles de la classe moyenne occidentale. L'accent est donc mis sur l'indépendance et l'autonomie personnelle, la performance et la réalisation (Beagan, 2015).

En effet, Les écrits scientifiques ont souligné des tendances sociales occidentales significatives qui forment la base des sciences de l'occupation et qui peuvent limiter la pratique de l'ergothérapie dans les pays non occidentaux.

Iwama (Kronenberg et al., 2013, Chapitre 10) évoque la tendance des théoriciens et chercheurs occidentaux à objectiver le monde de façon à simplifier les complexités de la pensée en des représentations plus linéaires et logiques. Ils



présupposent que le principal moteur des actions de l'individu se trouve en lui-même, donc l'objectif ultime de l'ergothérapie est d'atteindre compétence et indépendance. Cette approche analytique de la construction du monde représente un principe problématique dans les pays qui ne partagent pas la même vision des choses.

Ceci peut être expliqué par les démocraties libérales qu'on retrouve en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord qui tendent à privilégier l'individu sur la société. La liberté individuelle et l'autonomie personnelle sont reconnues comme des valeurs centrales. En contraste avec les nations non-occidentales, les monarchies comme le Maroc et le Japon, les pays socialistes comme la Chine, les pays du Moyen-Orient comme Oman ou la Jordanie qui mettent l'accent sur une identité collective ou la famille a plus de poids. Les sociétés arabes sont considérées « collectives » plutôt que de « démocratiques et individualistes » (Dwairy & Van Sickle, 1996). L'étude réalisée en Jordanie (Malkawi et al., 2020a) montre que cet aspect-là peut être considéré comme un aspect positif et négatif. D'un côté, cela peut être perçu positivement puisque les ergothérapeutes n'ont pas besoin de trouver un aidant pour soutenir la personne dans ses activités quotidiennes. De plus, l'aidant connaît déjà bien l'individu et de ce fait n'a pas besoin d'établir les bases de la confiance. Cependant, cela peut aussi être vu comme un aspect négatif, car cela peut entrer en contradiction avec l'objectif premier de l'ergothérapie : restaurer l'indépendance dans les activités de la vie courante. Les personnes accompagnées peuvent alors se montrer réticentes à coopérer, percevant cela comme une perte de temps, particulièrement dans une société qui valorise fortement l'interdépendance.

Cela nous mène à la problématique de la participation sociale, qui est au cœur de l'ergothérapie. Dans un contexte où les normes culturelles privilégient l'interdépendance et la collectivité, l'ergothérapie doit être en mesure de naviguer dans ces nuances, en cherchant des moyens de favoriser l'autonomie personnelle tout en respectant et en intégrant les valeurs collectives prédominantes.

### **3.1.1 La traduction et la perte de sens :**

L'un des premiers défis majeurs est lié au domaine linguistique. En effet, la traduction des concepts clés, des outils et des modèles conceptuels en ergothérapie

sans altérer leur sens est un enjeu rencontré par les ergothérapeutes, aussi bien dans les pays occidentaux que non-occidentaux. Dans des pays d'influence anglophone, tels que la Jordanie et Oman, l'anglais est la langue utilisée pour enseigner les principes de l'ergothérapie dans les universités. Cependant, la langue couramment employée sur le terrain est l'arabe. Malkawi (Malkawi et al., 2020) relève que la traduction même du terme "*occupational therapy*" (ergothérapie en français) nuit à la profession car la traduction arabe de "ergothérapeute" signifie "*rééducateur en travail ou en emploi*". Ce qui génère une confusion quant à la manière dont l'ergothérapie est perçue par les personnes accompagnées et l'équipe pluridisciplinaire.

La traduction des concepts ne suffit pas, la traduction n'est pas tant une question de correction technique qu'un processus de consensus obtenu par diverses méthodes. Ce consensus aide à garantir que l'intention originale a été préservée de manière adéquate et fonctionne toujours dans la nouvelle langue et le nouveau culturel (Petersen & Hartvig, 2008).

### 3.1.2 Les ergothérapeutes eux-mêmes :

Les écrits qui abordent la culture en ergothérapie ont proliféré cette dernière décennie mettant en avant la nécessité de prendre en compte la culture des personnes accompagnées lors de l'intervention ergothérapique. Cependant peu d'entre eux se sont penchées sur l'influence de la culture des ergothérapeutes sur l'accompagnement. En effet, les ergothérapeutes eux aussi sont des produits de leur propre contexte culturel. Les quelques preuves disponibles suggèrent que les exhortations faites aux thérapeutes d'apprendre à lâcher prise sur une partie de leur pouvoir et à le donner à l'autre peuvent être excessivement simplifiées (Beagan, 2015).

Au Maroc, l'arrivée des ergothérapeutes dans les Centre Intégré Régional d'Appareillage orthopédique de Rééducation (CIRAR) et les services de rééducation des hôpitaux s'inscrit dans une stratégie ministérielle visant à étendre l'offre de services et à décentraliser l'ergothérapie dans l'ensemble du pays. Cependant, ces directives ne prennent pas toujours en considération les préférences culturelles et linguistiques des ergothérapeutes. Par conséquent, certains ergothérapeutes se retrouvent affectés dans des régions où le dialecte ou

la langue dominante, comme l'amazigh, diffère de leur propre langue parlée. Ce défi peut provoquer un choc culturel pour les ergothérapeutes fraîchement diplômés et créer une confusion chez les personnes accompagnées sur la manière dont le thérapeute se comporte. Bien que cette situation puisse concerner n'importe quel thérapeute nouvellement affecté dans une région avec une culture différente, elle a une répercussion particulière pour ce paramédical. En effet, l'ergothérapie ne se limite pas à la rééducation, mais cherche également à comprendre les habitudes de vie, l'environnement et le mode de vie de l'individu. A titre d'exemple, un ergothérapeute originaire de Rabat (la capitale située au centre du Maroc) affectée à Tanger (au nord du Maroc, fortement influencé par la culture andalouse) a rencontré des difficultés lors des évaluations en raison de la différence de dialectes. Dans un autre cas, un ergothérapeute peut se trouver démuni lorsqu'il s'agit d'aider une personne vivant dans un milieu rural à s'adapter à son environnement, par exemple pour réaliser des transferts depuis son fauteuil roulant vers des infrastructures moins conventionnelles, telles qu'une toilette turque ou un lit situé à même le sol.

Ces défis mettent en lumière le besoin de réfléchir à une ergothérapie plus souple et adaptable, qui ne soit pas seulement centrée sur les compétences techniques, mais qui prenne également en considération les aspects culturels et linguistiques qui influencent grandement la participation sociale des individus.

### 3.1.3 Les représentations culturelles de la santé :

Une étude en Jordanie (Malkawi et al., 2020b) a montré la tendance des personnes à préférer les traitements médicaux traditionnels, qui donnent des résultats plus rapides, plutôt que d'adopter des approches alternatives comme l'ergothérapie, centrée sur l'amélioration des habitudes de vie. Un participant de l'étude en Jordanie déclare que : « *En général, les clients n'acceptent pas l'ergothérapie et sa nature. Quand je me concentre sur les activités de la vie quotidienne (AVQ), les clients les rejettent et préfèrent les exercices.* » (cité par Malkawi et al., 2020b). Cette prédominance du modèle médical sur les terrains restreint la pratique de la théorie enseignée en ergothérapie.

De même au Maroc, à l'initiative de HI, une étude sur la perception de l'impact de l'ergothérapie dans les services publics marocains a été menée dans trois centres de rééducation et de réhabilitation et deux hôpitaux psychiatriques entre le

13/12/2022 au 31/01/2023. Les données ont été collectées auprès de quatre groupes principaux :

Les ergothérapeutes, qui ont reçu un questionnaire en octobre 2022

Les bénéficiaires des services d'ergothérapie (n=33)

L'équipe multidisciplinaire qui travaille avec les ergothérapeutes

Les responsables des centres ainsi que les directeurs provinciaux et régionaux

Les personnes accompagnées ou aidants interrogés (tous sauf un sur 33) ont reconnu qu'ils ne connaissaient pas cette profession avant d'en bénéficier. Par conséquent, lors de l'administration du questionnaire de l'étude, il était nécessaire de mentionner le prénom de l'ergothérapeute pour identifier le service, car le nom de la discipline n'évoquait rien pour eux.

En effet, les ergothérapeutes marocains rencontrent des défis pour se faire une place au sein des équipes multidisciplinaires à cause des divergences d'approches d'intervention. Malgré une formation qui prône une approche *Top-Down*, la majorité des professionnels de la santé et les personnes accompagnées, adhèrent à une vision biomédicale, *Bottom-Up*. L'absence d'ergothérapeutes expérimentés sur le terrain a rendu facile l'acculturation pour certains ergothérapeutes. De surcroît, le manque d'équipement et d'espace dédiés complique la situation. De nombreux répondants à cette enquête ont confondu l'ergothérapie et la kinésithérapie, les percevant comme ayant les mêmes objectifs.

Une autre étude faite à Oman (Al Busaidy & Borthwick, 2012) corrobore avec ces propos, Dans des pays comme Oman, les représentations culturelles de la santé sont également fortement influencées par des croyances religieuses et des superstitions locales. Certaines personnes perçoivent leur handicap comme une volonté divine. Ces modalités de réflexion encouragent la passivité des personnes accompagnées et leur confusion par rapport aux principes de l'ergothérapie qui est d'améliorer leur autonomie et leur indépendance.

Au Maroc, une étude intitulée "*Handicap et Solidarité*" (Sánchez et al., 2022) a révélé que les personnes handicapées et leurs familles proches avaient eu recours à des thérapies alternatives en complément de la médecine conventionnelle. Ce choix est souvent motivé par des déceptions face au secteur médical ou des contraintes financières. Cependant, contrairement aux idées reçues, le recours à ces méthodes alternatives ne remplace pas systématiquement la médecine ou les séances de

rééducations : la majorité de ces personnes ont également consulté des services de réadaptation. Les familles cherchent à utiliser toutes les ressources disponibles, sans exclusivité.

Les visions culturelles locales sur la santé et le bien-être peuvent influencer significativement la manière dont les thérapies comme l'ergothérapie sont perçues et acceptées. Ces représentations culturelles peuvent ainsi limiter la participation sociale des individus, en les dissuadant d'explorer des thérapies qui pourraient les aider à mener une vie plus autonome et indépendante. Il est donc crucial de travailler à combler cet écart entre la théorie et la pratique, en adaptant les outils et les méthodes d'évaluation aux contextes culturels et linguistiques locaux, pour une meilleure efficacité des interventions notamment en ergothérapie. (Malkawi et al., 2020a).

### 3.2 L'ergothérapie comme culture : Clé pour soutenir la participation sociale au Maroc

A la lumière de nos dernières réflexions, nous pouvons constater que malgré le fait que l'ergothérapie soit une profession à part entière, cette dernière rencontre des difficultés à s'implanter dans les pays qui ne partagent pas les mêmes valeurs que de celle où elle s'est développée. Ceci s'explique par le fait que l'ergothérapie soit façonnée par la culture qui intègre le sens commun provenant de l'environnement où elle s'est développé (Hammell, 2009).

Dans la même veine, et pour identifier comment la culture est exprimé dans la recherche en ergothérapie, Castro (Castro et al., 2014) a initié une revue de littérature de trente-neuf écrits en anglais entre 2006 et 2011. A partir de cette analyse, deux dimensions sont ressorties : « *la culture est vivante* » et « *l'ergothérapie comme une culture* ».

Dans la première dimension, nous reconnaissons que la culture est en perpétuel mouvement. Elle est dynamique, se nourrissant de la complexité des interactions sociales. Cette fluidité culturelle peut se refléter dans la manière dont différents pays perçoivent le handicap. Par exemple, ce qui est perçu comme un handicap dans une culture peut ne pas l'être dans une autre. Cette perception est façonnée par l'interaction continu des facteurs individuels et environnementaux, comme illustré par le modèle MDH-PPH.

Dans la seconde dimension, en envisageant l'ergothérapie comme une culture vivante, nous avons une piste pour aborder et dépasser certaines des critiques formulées à l'égard de ses fondements. La culture en ergothérapie, avec ses propres convictions, normes et pratiques, présente un paradoxe : elle aspire à être universelle tout en s'efforçant d'être applicable dans les contextes locaux des quatre coins du monde. Face à ces constats, il est crucial d'avoir une réflexion approfondie pour arrimer les principes fondamentaux de l'ergothérapie avec les réalités spécifiques du terrain. Cela n'implique pas de sacrifier la philosophie intrinsèque de la profession, mais de chercher des adaptations pertinentes qui respectent à la fois l'essence de l'ergothérapie et les besoins du contexte local. Ainsi, l'ergothérapie pourra s'enraciner durablement, tout en restant fidèle à ses principes.

Par exemple, dans l'Asie, cela s'est fait par la conception du modèle japonais KAWA (rivière en japonais) développé par Iwama qui est d'avantage approprié à la culture asiatique comparé aux modèles occidentaux.

A Oman, les ergothérapeutes omanais ne se lancent pas directement à travailler les AVQ réalisée difficilement par la personne accompagnée. Ils dédient une partie de la séance à faire des exercices de renforcement musculaires similaires à ceux du kiné pour que la personne accompagnée soit satisfaite et ainsi favoriser son engagement d'avantage dans son propre accompagnement.

En Jordanie, les ergothérapeutes trouvaient que les directives de la religion résonnaient avec les principes de l'ergothérapie qui oblige tout musulman à prendre soins de sa santé et de son corps, ce qui conduit parfois à un engagement dans le processus thérapeutique. Cette perspective religieuse a été également perçue dans une étude qui s'est fait à Singapour avec la communauté musulmane (cité par Malkawi et al., 2020b). Les ergothérapeutes tentent d'utiliser la croyance islamique selon laquelle une personne a la responsabilité de chercher des médicaments et des traitements pour encourager leurs clients à participer aux séances d'ergothérapie.

Au Maroc, on peut également examiner cette notion de "*culture vivante*" à travers l'évolution des perceptions du handicap au Maroc. Bien que la perspective biomédicale domine actuellement, la tendance s'oriente vers une vision plus holistique du handicap. Ceci est soutenu par une volonté d'introduire une politique de plus en plus inclusive, l'introduction de systèmes de compensation pour les aides

techniques et les remboursements des séances en ergothérapie, ainsi que les efforts d'inclusion des enfants en situation de handicap dans les écoles et des adultes en situation de handicap dans le milieu professionnel. De plus, la volonté d'enseigner les modèles conceptuels, comme le PPH, pour les autres professionnels paramédicaux montre un désir de se défaire des conceptions ancrées et d'adopter une approche moins figée du handicap. En ce sens, sans des politiques publiques inclusives, même les interventions d'ergothérapie les plus efficaces peuvent se heurter à des barrières structurelles. Par exemple, un manque d'accessibilité dans les infrastructures publiques, une absence de législation protégeant les droits des personnes handicapées, ou un manque de sensibilisation et d'éducation dans la société plus large, peuvent tous entraver les efforts pour promouvoir la participation sociale.

Dans le même contexte, le projet ergothérapie étaient conscient de l'importance de prendre en compte la culture du terrain. En effet, et en partenariat avec le ministère de la santé, l'équipe projet a veillé à ajuster les objectifs tout au long de la durée du projet afin de mieux préparer les futurs ergothérapeutes aux réalités du terrain. Par exemple, pendant la formation, les terrains de stage ont été diversifiés sur plusieurs zones au Maroc pour que l'étudiant anticipe des modes d'accompagnement ergothérapeutique très différents. Si une personne vivant dans une culture qui valorise fortement l'indépendance, l'ergothérapeute pourrait se concentrer sur l'adaptation des tâches et des environnements pour faciliter l'autonomie. D'autre part, si une personne d'une autre culture valorise plus les relations interdépendantes et la participation communautaire, l'ergothérapeute pourrait se concentrer sur le renforcement des habiletés sociales et la participation aux activités communautaires en impliquant les aidants naturels.

Bien que la dimension culturelle ait été prise en compte au tout début de la conception du projet. Cette collaboration s'est poursuivie avec les ergothérapeutes diplômés une fois qu'ils ont été recrutés par l'état. L'un des éléments clefs de la deuxième phase du projet et qui corrobore l'importance de concevoir l'ergothérapie comme une culture est la conception de l'outil d'analyse de situation de handicap au Maroc.

#### 4/ Présentation de l'outil d'analyse de situation de handicap pour adulte élaboré au Maroc :

L'outil d'analyse de situation de handicap (Annexe 4) a été co-conçu grâce à la collaboration de onze ergothérapeutes opérant sur le terrain, l'équipe du projet d'ergothérapie, et un anthropologue d'origine espagnole ayant une expertise sur la condition des personnes handicapées au Maroc et en Afrique.

L'outil d'analyse des situations de handicap pour adulte permet à l'ergothérapeute marocain de se concentrer dès la première étape sur les habitudes de vie importantes à la personne qu'il accompagne. Les différentes étapes de cet outil permettent d'affiner les objectifs de l'accompagnement en mettant la personne au cœur de ce processus. Tout au long de l'évaluation, la personne accompagnée sera sollicitée afin de permettre à l'ergothérapeute d'analyser l'interaction entre les différents facteurs qui facilitent ou entravent la réalisation des habitudes de vie importantes à la personne.

Ainsi la première étape sera de sélectionner les habitudes de vie que la personne accompagnée estime importantes pour elle et son environnement dans l'espace habité, l'espace publics et les habitudes non ordinaire avec la possibilité d'ajouter 5 autres habitudes si elles ne sont pas listées dans l'outil.

Ensuite, l'ergothérapeute analysera les situations de handicap qui découle de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Et enfin, en collaborant avec la personne accompagnée, l'ergothérapeute oriente son accompagnement en identifiant les habitudes de vie prioritaires à la personne.

La liste des activités est en darija (dialecte marocain) et en français. D'une part, cela permettra à l'ergothérapeute de poser les jalons de confiance avec la personne concernée et l'encourager à s'impliquer davantage dans son propre accompagnement. D'autre part, les ergothérapeutes conservent une version en français dans le dossier d'accompagnement de la personne.



### **Partie 3 : Démarche Méthodologique et synthèse des résultats**

Après avoir exposé le contexte dans lequel a été créé l'outil d'analyse de situation de handicap, cette partie se concentre sur la description de la méthodologie adoptée ainsi que sur les résultats obtenus à la suite de l'enquête menée sur le terrain.

#### **Chapitre 1 : Les phases clés de l'élaboration de l'outil d'analyse de situation de handicap au Maroc**

Dans ce chapitre nous exposerons la méthodologie suivie afin de concevoir l'outil d'analyse de situation de handicap sensible à l'hétérogénéité de la culture marocaine. Ensuite, nous présenterons la démarche suivie pour évaluer la validité de son contenu.

##### 1/ Contexte :

Lorsque la stagiaire a rejoint HI, l'outil d'analyse de situations de handicap était déjà élaboré. La mission confiée à la stagiaire était de valider cet instrument. À la suite d'une exploration approfondie de la littérature, la décision a été prise de se concentrer sur la validation du contenu de l'outil, spécifiquement axé sur le recensement des habitudes de vie adaptées à la culture marocaine. Bien que la conception détaillée de l'instrument ne soit pas le cœur de ce mémoire, il a été jugé crucial de bonifier la démarche de développement de cet outil par une revue de la littérature scientifique. Il est aussi primordial de saisir le contexte qui a entouré la conception de cet instrument. Par conséquent, ce mémoire ambitionne aussi de retracer les étapes clés qui ont abouti à la formulation de cet outil, dans l'espoir que ces renseignements puissent servir de référence à des initiatives similaires à l'avenir.

##### 2/ Cadre de référence :

Dans cette partie on présentera le cadre de référence qui a aidé à développer le plan de recherche et guidé l'étude ainsi et le devis de recherche de cette étude.

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

Nathalie Veillette a indiqué que plusieurs auteurs de différentes disciplines se sont intéressés à la méthodologie de développement d'outils d'évaluation, elle cite les *sciences sociales appliquées, psychologique, d'épidémiologie clinique et de biostatistiques et d'ergothérapie* (Veillette, 2008). Sa revue de la littérature a révélé que la majorité d'entre eux adhèrent aux principales phases définies par *Benson et Clarke de 1982*, à savoir : la planification, la construction, l'évaluation et la validation. Cependant, il est important de noter que la progression à travers ces étapes n'est pas toujours linéaire, mais plutôt cyclique. La création d'un outil est un processus dynamique, avec des allers-retours constants entre les différentes étapes, afin d'affiner l'instrument. Bien que la validation de contenu soit essentielle à l'élaboration d'un outil, l'écrit de Veillette a abordé cette étape de manière plutôt succincte et superficielle.

Selon Desormeaux, entamer l'évaluation de la fidélité et la validité de l'outil, sans avoir préalablement procédé à sa validation de contenu de manière formelle, risque de produire des résultats biaisés en ce qui concerne les autres formes de validité et de fidélité. Par conséquent, les chercheurs peuvent se retrouver à investir une quantité importante de temps et de ressources pour réviser et tester un outil qui, en réalité, n'évalue pas de manière adéquate et complète le concept ou le phénomène visé (Desormeaux-Moreau et al., 2020). Par exemple, l'efficacité d'une intervention en ergothérapie pourrait être compromise si l'ergothérapeute emploie des instruments d'évaluation des habitudes de vie qui n'ont pas subi une validation de contenu appropriée. Ignorer cette étape cruciale de validation pourrait conduire à une mauvaise représentation ou à passer à côté de certaines habitudes de vie intrinsèques à un contexte donné. Cela pourrait aussi amener l'introduction d'aspects qui ne sont pas culturellement pertinents pour le groupe cible. De plus, en l'absence d'une validation rigoureuse, certains éléments de l'instrument pourraient prêter à une mauvaise interprétation.

Le cadre de référence (Figure 2) adopté dans cette recherche fusionne la méthodologie employée par Veillette (Veillette, 2008) pour retracer les étapes suivies par l'équipe des concepteurs de l'outil et la méthodologie de Desormeaux

inspirée de celle de Lynn (1986) pour valider le contenu de l'adaptation transculturelle du *Répertoire québécois des valeurs liées à l'ergothérapie* (RQVE) vers le *Répertoire français des valeurs liées à l'ergothérapie* (RFVE) (Désormeaux-Moreau et al., 2020).

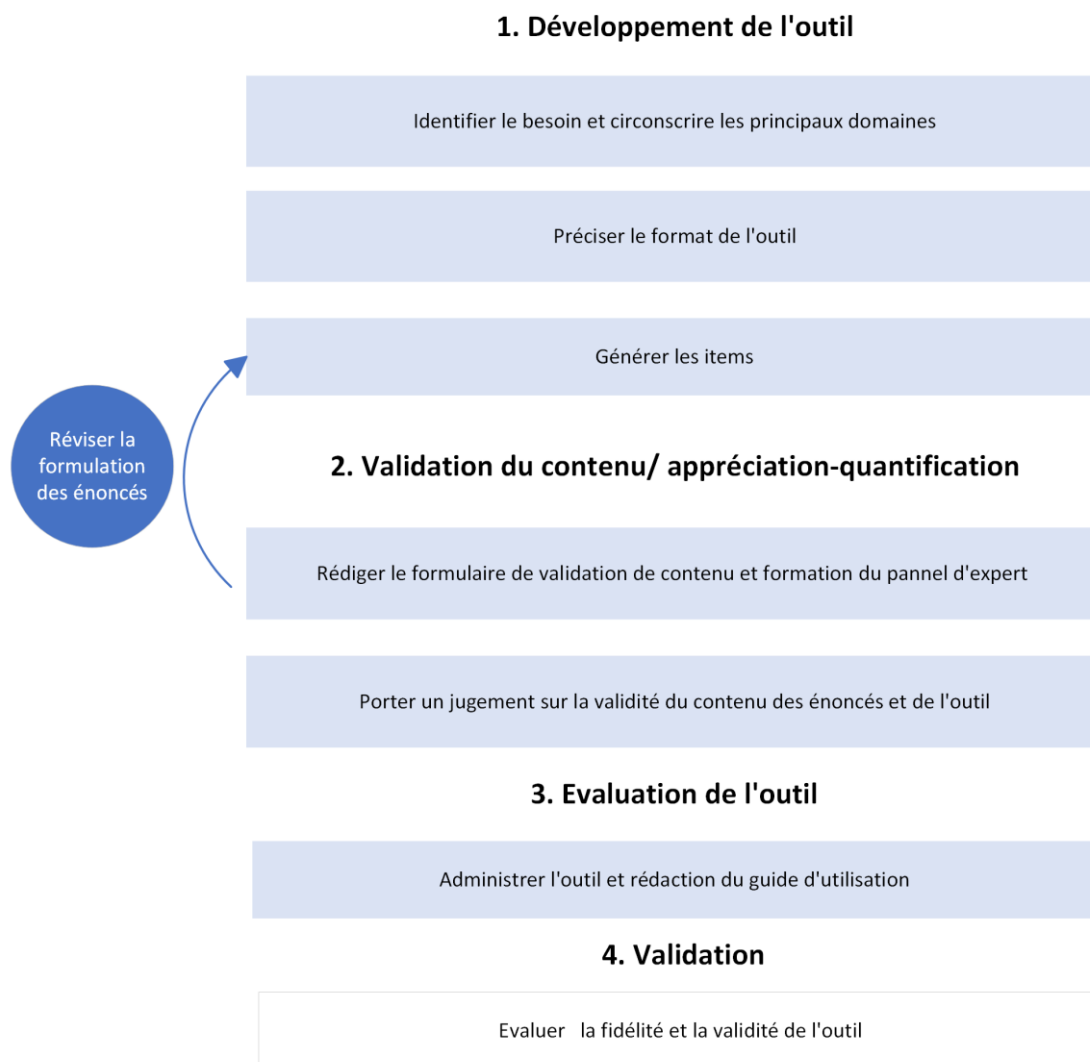


Figure 2 Cadre de référence inspiré de la démarche réalisée par Veillette dans son étude et celle de la méthode de Lynn

## Chapitre 2 : Méthodes et résultats :

« La construction des outils, quels qu'ils soient, sollicite deux qualités fondamentales : la rigueur dans le respect des procédures, la constitutions des échantillons, l'analyse des résultats ; mais également de la créativité, afin de pouvoir dépasser les obstacles par la pensée et de favoriser l'émergence de solutions nouvelles. » (Bernaud, 2014). Ainsi, les pages suivantes présenteront les

étapes réellement mises en œuvre sur le terrain selon le cadre de référence illustrées dans la figure 1.

Par soucis de cohérence et pour faciliter la transition logique entre les différentes phases, la partie suivante combinera méthodologie et résultat pour chaque étape énoncée dans le cadre de référence sauf pour l'étape d'évaluation de la fidélité et la validité, car elle ne fait pas partie de l'objet de notre étude et dépassent les compétences de la stagiaire.

## 1/ Etapes de développement de l'outil :

Pour offrir une meilleure clarification des démarches adoptées par l'équipe conceptrice, cette section met en lumière la réflexion qui a guidé la création de l'outil, suivant les étapes mentionnées dans le cadre de référence.

### 1.1 Identifier le besoin :

Dans cette section, nous mettrons en lumière la nécessité identifiée sur le terrain qui a incité l'équipe de conception à élaborer un nouvel outil.

#### 1.1.1 **Méthode de récolte de données** :

Même si certains instruments peuvent servir plusieurs objectifs, lors de la création d'un nouvel outil, il est essentiel de les préciser clairement. En effet, chaque outil d'évaluation est spécifiquement conçu pour traiter certaines questions, se rapportant à des individus bien définis, dans des contextes particuliers (Veillette, 2008)

Un questionnaire exploratoire, pendant le stage d'observation à HI au mois de novembre a été adressé aux deux premières promotions d'ergothérapie (n=35), afin de comprendre les difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain pour analyser la situation de handicap de la personne accompagnée

#### 1.1.2 **Résultats** :

8 ergothérapeutes sur 35 ont répondu. Malgré la possibilité de répondre en Darija au questionnaire, deux relances ont été faites par mail et par téléphone, mais le nombre de répondant est resté faible. D'une part, les ergothérapeutes fonctionnaires travaillent dans les quatre coins du Maroc et sont donc difficilement

joignables. D'autre part, L'étude sur la perception de l'impact de l'ergothérapie dans les services publics a révélé une affluence faible dans le nombre de personnes à accompagner par les ergothérapeutes dans le secteur de réadaptation comparé au secteur de la psychiatrie qui pourrait aussi expliquer le nombre faible de répondant.

La moitié des ergothérapeutes qui ont répondu au questionnaire estiment qu'ils sautent certaines étapes du processus ergothérapeutique concernant l'utilisation des modèles et des instruments de mesures.

Tous les répondants ont exprimé des difficultés pour collecter des informations pertinentes sur la personne accompagnée et analyser leur situation de handicap. Les raisons évoquées sont liées aux évaluations qui ne sont pas adaptés aux contextes, « *la barrière de la langue* » et « *l'absence d'évaluation traduite en darija qui représente le contexte marocain* » « *quand on traduit les questionnaires en darija, les items se ressemblent entre elles et le patient s'ennuie parce que c'est redondant* », et l'impraticabilité d'outils longs dans un contexte hospitalier « *Je ne peux pas utiliser des outils trop longs en hospitalisation. Parce qu'on ne sait pas quand est-ce que le patient va sortir il faut faire vite.* ». La traduction est un processus long et rigoureux, le faire à la va vite peut porter atteinte au sens des items.

Ces défis s'entendent également au fonctionnement interne des services de réadaptation qui n'est pas lié à l'ergothérapie mais qui impacte directement le bon déroulement de l'intervention de ces paramédicaux. Au Maroc, la législation limite l'intervention des ergothérapeutes à l'intérieur des établissements, empêchant une évaluation complète des conditions de vie des personnes à domicile « *Difficulté d'accès au domicile du patient.* » « *On ne connaît pas la structure du domicile de la personne.* ». De plus, la structure des services de réadaptation ne facilite pas toujours les simulations d'activités quotidiennes, et le travail d'équipe fait défaut « *Le service ne me permet pas de réaliser des mises en situations de certaines activités de la vie quotidienne et les évaluer (Pas de cuisine, toilettes et douche adaptés et accessibles* » « *Absence de travail en équipe, tout le monde travaille dans son coin.* ».

La perception de l'ergothérapie est également un obstacle. La mentalité biomédicale ancrée chez les personnes accompagnées comme dans le service de

réadaptation entrave aussi le bon déroulement de l'intervention ergothérapique. Ainsi « *Les patients ne connaissent pas encore la valeur de l'ergothérapie, ce qu'ils veulent c'est la rééducation médicale.* » « *Les médecins ne comprennent pas la valeur ajoutée de l'ergothérapie ... Pour eux c'est de la rééducation un point c'est tout...* ».

Des défis culturels et sociaux influencent également l'approche des ergothérapeutes, comme certains inconforts à aider les hommes dans des activités intimes. Sur les 8 répondants, 1 ergothérapeute a estimé que c'était inconfortable pour elle de faire les mises en situations comme le déshabillage aux hommes. Et d'autre part on retrouve la mentalité de certaines personnes âgées imprégnés d'un régime viriliste qui pour eux n'ont pas besoin d'aide dans leur vie quotidienne, « *les hommes disent souvent qu'ils n'ont pas besoin d'aide...* »

Cela dit nous sommes conscients qu'avec le nombre limité de répondants, on ne peut pas généraliser ces constats à une plus grande échelle. Néanmoins, ces retours offrent un aperçu des défis rencontrés par ces ergothérapeutes sur le terrain afin d'amorcer l'étape de l'évaluation de la situation de handicap.

1.2 Identifier le concept à mesurer et préciser le format de l'outil :

« *La définition des concepts est la pierre angulaire de tout le processus de développement d'outil* » (Veillette, 2008). Lorsqu'on conçoit un nouvel outil, il est primordial de définir avec précision les concepts sur lesquels il repose afin de garantir la pertinence de la mesure.

### 1.2.1 Méthode de récolte de données :

- Un entretien de découverte avec la cheffe de projet semblait nécessaire pour comprendre de manière approfondie sa vision et sa compréhension, ce qui permis à la stagiaire d'orienter la recherche de littérature.

### 1.2.2 Résultats de l'enquête :

Selon La cheffe de projet, le choix du modèle PPH a été retenu pour opérationnaliser la mesure du concept participation sociale parce que « *le PPH te dit que tu dois analyser les facteurs personnels, les facteurs environnementaux si*

*tu veux déterminer le degré de la situation de handicap et voir quelles sont les activités que la personne peut réaliser ou pas réaliser. »*

Selon elle, Utiliser le PPH tout seul est assez abstrait. Elle explique que les jeunes diplômés ont besoin d'un répertoire d'activités pour guider leur réflexion d'analyse de situation de handicap, une aide que les outils dérivés du PPH comme la MHAVIE (Mesure d'habitude de vie) et la MQE (Mesure de la qualité d'environnement) ne peuvent pas offrir parce qu'ils sont décontextualisés. Cependant, la flexibilité du MDH-PPH en fait un choix pertinent pour créer un outil qui se concentre sur l'interaction entre les facteurs environnementaux et les facteurs personnels et met l'accent sur les facteurs identitaires. Pour elle, les facteurs identitaires influencent fortement sur la réalisation des AVQ. Au-delà des aptitudes à mesurer, l'ergothérapeute doit prendre en compte les facteurs identitaires dans l'évaluation du degré de réalisation des habitudes de vie. Elle rajoute aussi qu'un outil basé sur le PPH permettra de situer la personne au centre de l'accompagnement. Ce qui aidera les ergothérapeutes marocains nouvellement recruté à rester fidèle aux principes de bases de leur profession, sans pour autant se laisser submerger par une approche qui tend à être biomédicale dominante dans leur contexte professionnel.

L'utilisation de l'outil sera donc administré sous la forme d'un entretien semi-structuré et se fera en trois étapes : la première pour déterminer les habitudes de vie réalisée avec difficulté ou non réalisée, sur la base de ces habitudes de vie la deuxième étape identifiera les facteurs personnels et facteurs du micro-environnement qui facilite ou entrave la réalisation de ces habitudes de vie enfin la troisième étape permettra à l'ergothérapeute et la personne accompagnée de prioriser les habitudes de vie pour formuler les objectifs d'accompagnement.

### 1.3 Générer les items :

Cette partie présente succinctement la méthodologie utilisée par l'équipe des concepteurs pour constituer la banque d'énoncés.

### 1.3.1 Méthode de collecte de données :

Lors de cette étape de rédaction, les concepteurs ne doivent pas se censurer puisque les items initialement développés sont simplement considérés comme candidats à l'inclusion dans l'outil final. De façon générale, à cette étape de rédaction, on s'attend à produire deux fois plus d'items que l'outil final devrait en compter d'où l'importance d'impliquer généralement l'apport d'autres sources pour alimenter la réflexion des concepteurs

La procédure pour générer les items a été rédigé par l'anthropologue qui a fait partie de l'équipe de conception de l'outil (Annexe 3).

### 1.3.2 Résultats de l'enquête :

Suite à chaque entretien avec 24 adultes interrogés, les informations ont été consignées dans une fiche Excel destinée à l'analyse et à la reconnaissance des occupations quotidiennes. Les onze ergothérapeutes se sont ensuite regroupés pour examiner les habitudes de vie qu'ils avaient consignées dans la fiche Excel, dans le but de déterminer lesquelles intégrer dans le prototype. Pour atteindre cet objectif, ils ont employé la méthode TRIAGE (réadaptation) lors de leur réunion. Cette technique vise à débattre les propositions pour parvenir à un consensus sur la décision relative à l'item en question, l'accepter ou le supprimer de la liste. A la fin 53 habitudes de vie ont été retenus.

Étant donné que les habitudes de vie étaient formulées en Darija, la Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE) a été employée pour traduire ces expressions afin qu'elles puissent être intégrées dans l'outil rédigé en français.

## 2/ Validation du contenu :

Le processus de validation de contenu Intitulée aussi la phase d'appréciation-quantification (Lynn, 1986) est une approche itérative qui permet l'ajustement et l'amélioration progressive de l'outil en cours de développement au fur et à mesure de la collecte des données. L'objectif de cette étape est d'évaluer au niveau du



contenu si l'outil mesure effectivement ce qu'il est supposé mesurer. La validation du contenu se fait en collaboration avec des experts qui fournissent des retours sur le choix des items, en éliminant ceux qui sont superflus, en reformulant ou en rajoutant d'autres items pertinents par rapport aux objectifs poursuivis par le nouvel outil (Veillette, 2008). Ce présent écrit mettra l'accent sur les étapes utilisées par Désormeaux et inspirée de la méthode de Lynn (Désormeaux-Moreau et al., 2020). Plusieurs cycles de consultation peuvent être réalisés afin de parvenir à une validation de contenu complète de l'outil. Pour un premier cycle, il est recommandé d'avoir un plus grand panel d'expert (entre 8 et 15) et un panel d'expert plus petit (entre 3 et 5) pour les cycles d'après (Désormeaux-Moreau et al., 2020; Lynn, 1986).

Une caractéristique essentielle des experts est leur connaissance (Baker et al., 2006). Les experts consultés dans le cadre du processus de validation du contenu d'un outil doivent avoir une connaissance approfondie du concept ou du phénomène étudié. Cette connaissance peut être de nature scientifique (c'est-à-dire acquise grâce à une implication dans la recherche), professionnelle (c'est-à-dire acquise grâce à la pratique clinique) ou expérientielle (c'est-à-dire acquise sur la base de l'expérience personnelle, notamment pour les personnes en situation de handicap). Cependant, comme le souligne Baker (Baker et al., 2006) une certaine durée d'expérience ne garantit pas nécessairement l'expertise d'un individu sur le phénomène étudié. Les paragraphes suivants présenteront les étapes réellement mises en œuvre.

## 2.1 Méthodologie de collecte donnée pour l'étape préparatoire :

Conformément à la méthode établie par Lynn (1996), cette section détaillera les résultats de l'enquête relatifs à l'étape préparatoire, incluant l'élaboration du formulaire pour la validation de contenu ainsi que la constitution du panel d'experts (Désormeaux-Moreau et al., 2020)

### 2.1.1 Elaboration du formulaire de validation du contenu :

Conformément à la méthode de Lynn (1986), un formulaire pour la validation (Annexe 6) du contenu a été élaboré, comprenant le contexte général de l'étude ainsi qu'un aperçu de la profession d'ergothérapie pour les experts moins familiarisés avec ce domaine. Le formulaire, traduit en arabe littéraire aussi, comprenait également des instructions détaillées sur la manière de procéder à la validation du contenu, afin que les experts sollicités comprennent précisément les étapes à suivre.

Il nous a semblé approprié de demander aux experts de se prononcer sur deux aspects : la représentativité des items et l'exhaustivité de l'outil. Cependant, nous n'avons pas jugé nécessaire de leur demander de se prononcer sur la clarté des items, bien que la méthode de Lynn propose également d'évaluer la clarté de l'aspect linguistique des items (Lynn, 1986) . Nous avons postulé que, même si le terme pour désigner l'habitude de vie peut varier d'une région à une autre, la compréhension de ce terme serait la même dans toutes les régions. Cela est d'autant plus vrai que les ergothérapeutes et les personnes recrutées participant à la conception de l'outil provenaient de différentes régions. Ainsi, nous nous sommes concentrés sur l'évaluation de la représentativité et de l'exhaustivité de l'outil.

Nous avons recommandé l'utilisation d'une échelle ordinale à quatre niveaux pour l'évaluation de la représentativité des énoncés, allant de 1 (*l'énoncé n'est pas représentatif*) à 4 (*l'énoncé est très représentatif*). Cette échelle a pour but d'éviter les cotes neutres ou ambivalentes. Pour chaque énoncé, un espace a été prévu pour permettre aux experts de fournir un retour qualitatif, notamment s'ils attribuaient une note de 1 ou 2 à un énoncé. De plus, un espace a été réservé d'une part pour recueillir des commentaires qualitatifs sur l'exhaustivité de l'outil dans son ensemble, permettant aux experts de recommander l'ajout, la suppression ou la modification d'items si nécessaire, et d'autre part pour recueillir des commentaires généraux sur la disposition des items.

Dans le but de tester et d'ajuster le formulaire de validation de contenu, deux questionnaires ont été envoyés. Cependant, nous avons été surpris par la qualité insuffisante des retours qualitatifs qui n'apportaient pas beaucoup de valeur à la compréhension des réponses. En conséquence, l'enquêtrice et l'équipe de projet ont décidé d'opter pour des appels téléphoniques ou des rencontres en personne avec chaque expert pour obtenir des commentaires plus précis.

### 2.1.2 Formation du panel d'expert :

Dans le cadre de cette recherche, les experts faisant partie du panel étaient des individus qui sont sensible à la problématique de représentativité des habitudes de vie que peuvent rencontrer les personnes en situation de handicap. Cette connaissance était soit due à leur travail sur le terrain, soit à leur expertise scientifique, soit à leur expérience personnelle.

Ainsi, pour être considérés comme experts de terrain, les participants devaient répondre aux critères suivants : 1) être ergothérapeutes n'ayant pas participé à la création de l'outil ; 2) dans le cadre de leur travail, accompagner des personnes en situation de handicap dans leur environnement de vie, de travail, etc. ; 3) travailler dans des associations avec des adultes en situation de handicap ; 4) être une personne avec un handicap depuis la naissance.

Dans la réflexion autour de l'utilisation de l'outil d'analyse de la situation de handicap, l'idée d'inclure les assistants sociaux et les éducateurs spécialisés est apparue. Étant donné que les ergothérapeutes au Maroc ne sont pas autorisés à effectuer des visites à domicile, l'objectif est de partager l'utilisation de l'outil avec les assistants sociaux. Bien que ces deux professions aient des domaines d'expertise et des rôles différents, l'assistant social peut apporter une perspective et des informations précieuses sur les facteurs environnementaux et sociaux pouvant influencer la participation sociale lors de ces déplacements dans le milieu de vie, de travail de la personne accompagnée. De même, dans le cas des éducateurs spécialisés, comme les ergothérapeutes marocains travaillent majoritairement dans le secteur public et cette profession n'est pas encore présente dans les associations, il était important d'inclure ces professionnels dans le panel d'experts.

Les personnes en situation de handicap ont également été recrutées comme experts expérimentiels, celles dont le handicap est présent depuis la naissance. L'idée derrière cette décision était que les personnes ayant acquis un handicap plus tard dans la vie auraient pu vivre les habitudes de vie comme des personnes sans handicap, tandis que celles nées avec un handicap pourraient avoir des habitudes de vie différentes.

En ce qui concerne le panel d'experts scientifiques, il aurait été souhaitable d'inclure un sociologue pour ses contributions potentielles, mais cela n'a pas été possible en

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

raison de limitations du réseau social de l'enquêtrice. Un ergothérapeute de formation étudiante en master a cependant été invité à rejoindre ce panel.

Un autre point important était d'assurer une bonne représentation des personnes originaires de milieux urbains et ruraux, compte tenu de la nécessité de prendre en compte les différences dans les habitudes de vie entre ces deux contextes.

## 2.2 Phase d'appréciation-quantification :

La méthode de validation du contenu proposée par Lynn est basée sur le calcul des indices de validité de contenu (IVC). Cette approche a été adoptée en raison de sa facilité de calcul et d'interprétation.

### 2.2.1 Méthode de collecte de données :

Concrètement, la phase d'appréciation-quantification se déroule de la manière suivante :

- La détermination des Indices de Validation du Contenu par énoncé IVC-E se fait par : 1) la somme, pour chaque énoncé, du nombre de cotes 3 et 4 attribuées, puis 2) la division de cette somme par le nombre total d'experts ayant donné leur avis sur l'énoncé. Cette approche entraîne une dichotomisation de l'échelle ordinale utilisée par les experts en "représentatif" pour les cotes 3 et 4 et "non représentatif" pour les cotes 1 et 2, les cotes non représentatives ne sont pas prises en compte dans le calcul des IVC-E mais oriente l'ajustement des items.
- En utilisant un fichier Excel (Annexe) , les Indices de Validation de Contenu pour l'outil IVC-O représentent la moyenne des IVC- E(Lynn, 1986; Polit et al., 2007). Ces critères d'acceptabilité prennent en compte l'erreur standard de proportion.
- Les commentaires formulés par les experts, en utilisant la langue qu'ils souhaitent (arabe, darija ou français), seront ensuite soumis à une analyse thématique. Ces commentaires permettront de contextualiser les résultats quantitatifs des IVC et de guider les modifications à apporter à l'outil.

En suivant les codes définis par Polit et Beck (Polit et al., 2007); "*Le code 'Reformulation'* faisait référence à la nécessité de rendre un énoncé plus clair du point de vue linguistique ; *le code 'Modification'* faisait référence à la nécessité de fusionner, diviser des énoncés ou de rectifier leur contenu ; et *le code 'Suppression'* faisait référence à la nécessité d'éliminer un énoncé." (DÉSORMEAUX-MOREAU, 2018, p. 63). Les commentaires apportés par les experts ont été analysés quantitativement et qualitativement pour guider la révision de l'outil.

Après chaque vague de consultation, un focus groupe a été organisé afin que l'enquêtrice puisse présenter les résultats aux ergothérapeutes impliqués dans la création de l'outil. L'emploi d'Excel (**Error! Reference source not found.**) a simplifié la tenue de la réunion avec les ergothérapeutes. Un fichier, préparé à l'avance et projeté pour le groupe via un écran multimédia, affichait toutes les suggestions à discuter. Le logiciel a également facilité la consignation des décisions au cours de la conversation.

Lors du focus groupe, les énoncés qui n'ont pas été considérés comme satisfaisants ont été discutés et un accord a été trouvé entre les ergothérapeutes impliqués dans la création de l'outil, l'équipe du projet et l'enquêtrice.

Après le premier tour de consultation, une amélioration de la version initiale de l'outil d'analyse de la situation de handicap a été réalisée.

## 2.2.2 Résultats de la 1<sup>ère</sup> vague de consultation

### a) Caractéristique socio-démographique de l'échantillon :

Treize experts (**Annexe**) provenant de différentes régions du Maroc, ont constitué le panel d'expert de la première ronde de consultation :

- Experts professionnels : cinq ergothérapeutes, deux assistants sociaux et trois éducatrices spécialisées.
- Experts expérientiels : trois personnes en situations de handicap
- Expert scientifique : un ergothérapeute de formation étudiant dans un master dans le domaine de la santé.

L'échantillon ne maintient pas une certaine parité entre les personnes en situation de dépendance des ménages interrogés. 30,77%, moins d'un tiers, sont des

hommes contre 69,23% de femmes. Près des deux tiers des questionnaires ont été réalisés en milieu urbain (69,29%) contre moins d'un tiers dans le milieu rural (30,77%). Cette proportion est très proche du partage démographique de la région, soit 30,2% dans le rural, pour 69,8% dans le milieu urbain (2014) (cité dans Sánchez et al., 2022).

*b) Calcul et interprétation des IVC du 1<sup>er</sup> cycle de consultation :*

En ce qui concerne la représentativité (Annexe 8), la première phase de validation a mis en évidence la nécessité de modifier 18 énoncés sur les 53 listés car ils se situaient en dessous du seuil d'acceptabilité de 78%, dont 7 énoncés étaient candidats pour être supprimés en raison de leur faible pourcentage. Cependant, en utilisant les commentaires des experts pour orienter la discussion avec les ergothérapeutes qui ont conçu l'outil, il a été décidé de reformuler 5 items pour des raisons linguistiques, de fusionner 4 items en 2 pour éviter la redondance, et de rectifier le contenu d'un item (« lire le coran » pour le rendre plus général et plus représentatif des habitudes de vie de nombreux Marocains (« lecture (coran, livre, autres...)). Deux autres items ont été détaillés avec des exemples ciblant les hommes et les femmes.

Alors que 7 items étaient candidats pour suppression, les ergothérapeutes ayant participé à la conception de l'outil ont décidé de n'en supprimer que 2 et de reformuler les autres. Ainsi, pour 3 items qui étaient plus représentatifs du milieu rural, il a été décidé de les conserver mais de les placer à la fin de la section sur les habitudes de vie dans le milieu habité pour éviter toute confusion lors de l'utilisation de l'outil en milieu urbain. Les 2 items restants ont été modifiés.

Pour ce qui est de l'exhaustivité, les recommandations d'ajouts de la part des experts ont tous été pris en considération. Sur ce point, les ergothérapeutes, l'équipe projet et l'enquêtrice ont utilisés ces items pour nourrir la réflexion d'orientation en ce qui concerne la représentativité parce que jugés très détaillés pour que  a soit considéré comme une habitude de vie à part entière. Cependant aucun énoncé n'a été ajouté indépendamment dans l'outil.

En général, l'outil a été jugé représentatif par les experts. Six d'entre eux, dont trois personnes en situation de handicap, ont convenu que c'était la première fois qu'ils voyaient une liste aussi détaillée de leurs activités quotidiennes, Mme C a exprimé ceci quand l'enquêtrice lui a demandé de fournir des commentaires généraux sur l'outil : « *J'ai trouvé ce questionnaire intéressant parce qu'il m'a permis de voir à quel point je fais beaucoup de chose sans même en être toujours consciente.* ».

Le premier a été mis en avant par un ergothérapeute durant la phase d'essai du formulaire : l'emploi simultané de l'alphabet arabe et latin pour écrire une habitude de vie en darija rendait la lecture difficile de l'outil

Un autre point concerne la formulation de certains items qui semblaient être spécifiquement destinés soit aux femmes, soit aux hommes, une situation que quelques experts ont perçue comme engendrant des disparités de genre alors que d'autres participants catégorisaient les habitudes de vie selon le genre, certains répondants ont affirmé que certaines habitudes de vie étaient spécifiquement destinées aux hommes, tandis que d'autres étaient réservées aux femmes.

### **2.2.3 Résultats de la 2ème vague de consultation :**

#### **a) Caractéristique de l'échantillon :**

La procédure d'évaluation de la seconde phase de validation était la même que lors de la phase antérieure. Six des treize experts initiaux ont participé à la seconde phase de validation, trois ergothérapeutes et trois personnes en situation de handicap qui ont formulé une critique constructive lors de la première phase de consultation.

#### **b) Calcul et interprétation des IVC du 2<sup>ème</sup> cycle de consultation :**

Les données recueillies montrent que seul trois énoncés sur les 48 items de la version bonifiée : 37 items ont obtenus un IVC-E de 100%, 8 Items ont reçu un IVC-E de 83% et 3 énoncés ont reçu un IVC-E de moins de 78% (2 avec un IVC-E de 67% et 1 énoncé avec 50%).

Les commentaires recueillis de la version bonifiée de l'outil ont montré que la révision subséquente de l'outil a bien été accueillie par les experts qui l'ont qualifié de « complète » et plus organisé par rapport à la première version « *les items de la première version était éparpillée et non organisées y avait des items qui se répétaient* ».

Comme la vague précédente, les 3 énoncés qui ont reçu un IVC de moins de 78% ont fait l'objet d'une proposition de révision auprès de deux ergothérapeutes ayant participé aux deuxième focus group.

### 3/ Pré-test de l'outil :

L'approche conventionnelle selon la littérature scientifique est de pré-tester l'outil une fois la validation de contenu achevée. Ainsi, pour présenter les résultats aux ergothérapeutes impliqués dans l'élaboration de l'outil, il était nécessaire de les libérer de leurs fonctions afin qu'ils puissent participer à deux groupes de discussion : un pour la validation de contenu et un autre pour le pré-test. Toutefois, sur le terrain, ces deux étapes – la validation de contenu et le pré-test de l'outil – ont été menées en parallèle. Cette décision a été principalement influencée par le processus administratif nécessaire pour obtenir les autorisations requises pour libérer les ergothérapeutes de leurs fonctions, une procédure qui n'était pas réalisable à deux reprises pour atteindre le même objectif.

Il convient aussi de noter que compte-tenu de la spécificité du terrain, il a été convenu de ne tester que la première étape de l'outil, celle de l'identification des habitudes de vie problématiques. De même, il est important de rappeler que la phase de pré-test ne s'est fait que sur la première étape de l'outil qui concerne l'identification des habitudes de vie problématiques plus en lien avec le sujet de cet écrit.



### 3.1 Méthodologie de collecte de donnée

Un questionnaire rédigé en Darija (Annexe 9) a été élaboré afin que les ergothérapeutes ayant contribué à la conception de l'outil puissent le tester. Ce questionnaire visait à recueillir la perception des personnes accompagnées vis-à-vis de l'outil. Les éléments abordés comprenaient :

- Les caractéristiques de la personne (aspects identitaires, sociaux, environnement de vie).
- Le niveau de compréhension de l'outil.
- Le degré d'implication dans l'accompagnement.
- La facilité d'utilisation.
- Des suggestions pour améliorer l'outil.

L'enquêtrice a ensuite contacté les ergothérapeutes par téléphone afin de recueillir leurs impressions et retours d'expérience et les résultats ont été partagés lors du premier focus groupe.

### 3.2 Résultats de la perception d'impact de l'outil des personnes accompagnées :

Afin d'utiliser efficacement l'outil, les ergothérapeutes ont exprimé le besoin d'avoir de nouvelles personnes adultes à accompagner. Toutefois, la situation varie selon les secteurs. En psychiatrie, le nombre de résidents est élevé, contrairement au secteur de la réadaptation où la majorité des personnes accompagnées sont des enfants. De plus, la période d'essai de l'outil a coïncidé avec le mois de Ramadan. Il y avait pendant cette période moins de patients que d'habitude en réadaptation.

L'échantillon ne représente pas une certaine parité entre les personnes en situation de handicap interrogées. 6/7 (environ 85,71%) sont des hommes contre 1 femme. Près des deux tiers, soit 71,43% des questionnaires ont été réalisés avec des personnes vivant dans un milieu urbain contre presque un tiers (28,57%) dans le

milieu rural. Cette proposition est assez proche du partage démographique de la région, soit 30,2% dans le rural, pour 69,8% dans le milieu urbain (2014) (cité dans Sánchez et al., 2022).

Le niveau académique des personnes interrogées est relativement faible. Sur les 7 personnes interrogées 2 personnes ont eu leur Bac.

Tant dans le secteur de la réadaptation que dans celui de la psychiatrie, les participants ont trouvé que l'outil répondait à leur besoin d'exprimer des habitudes de vie adaptées à la culture marocaine réalisées difficilement. Mme F a mentionné : « *il contient beaucoup d'activité* », tandis qu'a déclaré : « *tout ce que je fais pendant la journée, je l'ai trouvé dans l'outil* ». De plus, ils estimaient que l'outil les aidait à évaluer tous les éléments influençant leur situation de handicap, comme l'indique Mr D : « *il contiennent des habitudes de vie en lien avec la famille et mon environnement.* ». Mr B âgé de 82 ans a également exprimé : « *C'est difficile de se rappeler ce que je fais dans la maison mais dans l'outil il y a tout* ».

Concernant la compréhension de l'outil en réadaptation, tous les répondants étaient unanimes sur son utilité pour identifier les habitudes qu'ils ne réalisaient pas ou réalisaient avec des difficultés., Toutefois, Mr F a eu une opinion différente, soulignant : « *J'ai trouvé des difficultés à me retrouver dans l'outil parce que les différentes questions ne prennent pas en compte les troubles psychiatriques* ». Cette personne a d'ailleurs choisi d'arrêter le questionnaire, le jugeant trop long.

En ce qui concerne l'implication et la facilité d'utilisation, les participants des deux secteurs ont généralement estimé que l'outil les aidait à s'impliquer dans leur propre accompagnement, bien qu'ils n'aient pas spécifiquement commenté cette question. Néanmoins, des défis ont été relevés. Mr A en réadaptation a trouvé le processus trop long et a dû demander des clarifications à l'ergothérapeute sur certains items. Un sentiment similaire a été partagé en psychiatrie par Mr F qui s'est senti découragé par la longueur de l'outil et a décidé d'arrêter l'évaluation.

Aucune suggestion d'amélioration a été faites à l'égard de l'outil par les personnes interrogées.

### 3.3 Résultats de la perception d'impact de l'outil chez les ergothérapeutes :

Sur les 11 ergothérapeutes ayant participé à l'élaboration de l'outil, 4 ergothérapeutes ont accepté de participer à la phase de pré-test. Les 4 ergothérapeutes travaillent en ville ; 2 d'entre eux travaillent dans le secteur de la réadaptation et les 2 autres dans le secteur de la psychiatrie (un ergothérapeute en ambulatoire et l'autre dans le service d'hospitalisation).

Les ergothérapeutes en réadaptation ont estimé que l'outil pourrait contribuer à la structuration de leur démarche. ER2 : « *c'est comme une charte avec des activités.* », leur permettant de se focaliser dès le départ sur les habitudes de vie des personnes accompagnées. Quand demandé par rapport à la longueur, L'un d'entre eux a commenté : ER1 « *Bien que parfois il soit nécessaire de reformuler certains items et de donner du temps au patient pour réfléchir, l'outil n'est pas excessivement long.* »

EP1 qui travaille en ambulatoire trouve que l'outil n'est pas adapté dans son service « *L'outil est exhaustif et les habitudes de vie y sont bien définies. Cependant, je trouve qu'il est long et semble être mieux adapté pour les individus ayant des troubles physiques. Dans le cadre de mon service, les patients n'ont pas identifié des habitudes de vie non réalisées mentionnées dans l'outil.* ». EP 2 qui travaille dans le service d'hospitalisation, exerçant dans une autre ville, a partagé une observation similaire. Il a mentionné que l'outil n'a pas aidé les personnes accompagnées à identifier leurs difficultés liées à la réalisation de leurs habitudes de vie compte tenu du fait que ces derniers sont tous les deux internes.

### 3.4 Points essentiels relevés pendant le focus group :

Pour rappel le focus group avait pour but de présenter les résultats de la 1<sup>ère</sup> vague de consultation ainsi que les résultats de l'étape pré-test.

Un point crucial évoqué lors du premier focus group et discuté entre les ergothérapeutes présents concerne l'adéquation de l'outil avec l'organisation des

structures de santé. Les opinions étaient partagées. Dans le secteur de la réadaptation, plusieurs ergothérapeutes ont indiqué qu'il serait difficile d'appliquer rigoureusement l'outil. Ils estiment qu'au moins deux séances seraient nécessaires pour l'administrer, ce qui pourrait poser des problèmes de rentabilité, tant pour les personnes à accompagner qui paient ces séances que pour la structure elle-même. Cependant, d'autres ergothérapeutes du même secteur pensent qu'il serait possible d'intégrer l'outil si la première séance n'était pas facturée au patient. Certains ont même suggéré de se concentrer sur la première étape lors de la première séance et d'aborder les étapes suivantes de manière indirecte, en les intégrant dans les activités réalisées lors des séances ultérieures.

Deux ergothérapeutes spécialisés en psychiatrie, dont l'un a participé aux pré-tests, ont souligné que le problème ne résidait pas tant dans la question de rentabilité (car les séances d'ergothérapie sont gratuites dans ce secteur) mais plutôt dans la pertinence de l'outil pour cette spécialité. Ils estiment que les préoccupations principales des internes sont davantage axées sur le traitement pharmacologique que sur l'insertion sociale. De plus, les internes ont souvent de longs séjours en psychiatrie, et les habitudes de vie énumérées dans l'outil correspondent davantage à celles de la vie quotidienne hors hôpital plutôt qu'à celles vécues à l'intérieur de l'établissement.

## **Partie 4 : Discussion**

Dans cette partie, nous aborderons l'interprétation des résultats recueillis à la fin du stage de l'enquêtrice, en relation avec les hypothèses initiales formulées. Nous les mettrons en parallèle avec les études antérieures citées dans la revue de littérature.

### **Chapitre 1 : Limites de l'étude**

Bien que cette étude ait suivi une méthodologie rigoureuse qui se voulait être adaptée aux spécificités du terrain. N'empêche qu'elle présente certaines limites :

#### **1/ Limitations concernant l'enquête :**

Il est notable que l'étudiante connaissait plusieurs des ergothérapeutes participants à l'enquête, une situation qui pourrait avoir influencé la collecte de données. Parallèlement, le fait de s'appuyer sur les ergothérapeutes qui faisaient partie de l'équipe de conception pour tester l'outil représente une autre limitation de l'enquête. Bien que cette approche ait facilité l'accès rapide aux participants, il aurait été plus judicieux de faire appel à d'autres ergothérapeutes fonctionnaires n'ayant pas participé à la conception de l'outil. Intégrer une grille d'observation aurait également été pertinent, permettant à l'évaluateur d'identifier de manière objective des éventuelles incompréhensions des questions ou difficultés à fournir des réponses (Veillette, 2008).

Une limitation supplémentaire concerne la sélection des participants, notamment l'absence de parité entre femmes et hommes. Considérant le fait que les habitudes de vie sont influencées par des normes socioculturelles établies, interroger des participants respectant cette parité aurait peut-être permis d'accéder à des perspectives variées.

#### **2/ Limitations liées au temps et aux compétences :**

Le travail aurait probablement pris une direction différente si toutes les phases de l'outil avaient été testées. Dans le cadre de cette étude, seul le pré-test s'est réalisé sur la première partie du test, en raison du temps limité et du faible nombre de

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

personnes disponibles pour participer et l'objectif même de cet écrit. Les données récoltées, combinées aux conclusions de l'analyse de l'enquête, auraient pu faciliter l'optimisation de l'outil, le rendant ainsi plus fonctionnel.

Il est également crucial de souligner que l'outil n'a pas encore subi un processus de validation complet (étape 4 du cadre de référence), en raison des compétences limitées de l'enquêtrice et des contraintes de faisabilité dans le contexte d'un projet de master 2.

## **Chapitre 2 : Analyse des résultats**

Dans un contexte international et marocain où des efforts sont faits pour mettre en place une politique inclusive visant à promouvoir la participation sociale des personnes en situation de handicap, le programme d'ergothérapie a été créé grâce à la collaboration entre Humanité&Inclusion (HI) et le ministère de la santé au Maroc. Cette initiative faisait partie des réponses marocaines face aux besoins qui entravent la participation sociale de cette frange de population. Depuis 2020, les ergothérapeutes marocains diplômés sont recrutés chaque année par la fonction publique.

Les résultats du premier questionnaire lancé aux ergothérapeutes en poste suggèrent que la théorie peine encore à intégrer la pratique notamment par les difficultés à évaluer les différents facteurs qui sont susceptibles d'entraver la réalisation des habitudes de vie au Maroc. Or comme le montre la littérature, cette étape est cruciale pour analyser la situation de handicap et identifier une intervention ergothérapique adéquate et contextualisée.

Les réponses aux questionnaires identifient *la barrière de la langue*, *l'absence d'évaluation représentative du contexte marocain*, *difficulté d'accès au domicile du patient*, comme facteur expliquant la difficulté d'analyser la situation de handicap. De ce fait la moitié des répondant affirment sauter l'étape de l'évaluation. Ces résultats corroborent les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes à Oman et en Jordanie (Al Busaidy & Borthwick, 2012; Malkawi et al., 2020a)

Comme réponse à cette difficulté, onze ergothérapeutes, l'équipe du projet HI, et un anthropologue ont développé un outil d'analyse adapté au contexte marocain. Cet outil a répertorié en darija 53 habitudes de vie couramment pratiquées dans les environnements habités, publics ainsi que des habitudes de vie ponctuelles. Il a pour objectif de répondre au besoin de soutenir le jugement clinique des ergothérapeutes lors de l'analyse des différents facteurs susceptible d'entraver la participation sociale des personnes accompagnées adultes au Maroc et de se recentrer sur les besoins dès la première étape de la démarche évaluatives des personnes accompagnées. De ce fait, la stagiaire a ainsi été mandaté pour valider le contenu de cet outil.

Deux hypothèses principales ont été formulées pour cette étude : la première est que la méthode de validation du contenu, inspirée de la méthode de Lynn, contribuera à améliorer l'outil ; la deuxième hypothèse est que cet outil, adapté à la culture marocaine, répondra aux difficultés pendant la phase d'évaluation identifiées sur le terrain par les ergothérapeutes.

1/ La méthode de validation du contenu inspirée de la méthode de Lynn contribuera à l'amélioration de l'outil :

Nous nous sommes interrogés sur la pertinence de valider le contenu d'un outil qui recense des habitudes de vie dépendantes de nombreux paramètres aléatoires. En l'absence de référentiel ou de support validé qui régirait le mode de vie de chacun, la question se pose. Alors, comment justifier la validation du contenu d'un outil qui prétend mesurer les habitudes de vie des Marocains ?

La validation du contenu est une démarche complexe et nuancée, qui nécessite une attention particulière à la culture et aux contextes spécifiques dans lesquels l'outil sera utilisé. Cela implique donc une approche mixte, combinant des méthodes quantitatives et qualitatives, afin d'obtenir une évaluation approfondie et complète. En suivant la méthode proposée par Lynn (1986), les IVC-E, IVC-O ainsi que les commentaires recueillis lors des deux vagues de consultation avec un panel d'experts diversifié (n=13 pendant la première vague et n=6 pendant la deuxième) ont contribué à l'amélioration de celui-ci. Les retours qualitatifs des différents

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

experts ont alimenté la réflexion lors des deux focus groups avec les ergothérapeutes concepteurs de l'outil. A l'issus de la deuxième vague de consultation, deux éléments ont été retirés car ils n'étaient pas considérés comme représentatifs des habitudes de vie des Marocains et plusieurs items ont été reformulé et modifié alors que pour d'autres items les ergothérapeutes ont estimés qu'ils étaient important de les garder malgré l'IVC qui était bas par exemple : la plupart des experts ont estimé que « Maintenir des relations affectives avec le conjoint (intimité, encouragement, soutien moral, sexualité...) » ne pouvaient pas être abordé pendant un entretien dès la première séance, cependant les ergothérapeutes pendant le focus group ont estimé que certes discuter la sexualité est encore tabou dans notre communauté mais cela fait partie des habitudes de vie les couples mariés pratiquent.

L'argument principal que nous avançons est que chaque culture et société est un ensemble unique d'habitudes de vie et de normes sociales. Bien qu'elles ne soient pas formellement codifiées, ces habitudes et normes sont néanmoins assez prévisibles et cohérentes dans leur contexte, à condition d'utiliser une méthodologie structurée et argumentée pour valider le contenu d'un outil qui prétend mesurer ces habitudes normées au sein d'une culture donnée. La méthode de Lynn est particulièrement pertinente dans ce contexte. Cet argument renforce les conclusions de Fougeyrollais et de son équipe lorsqu'ils ont rencontré des difficultés pour élaborer un questionnaire d'évaluation de la qualité de la participation sociale évoqué dans le chapitre 2 (Fougeyrollas, 2010, p. 164).

Cette étude se distingue principalement par son inclusion des personnes en situation de handicap dans le processus de validation de l'outil. Les participants faisant partie du groupe d'experts expérimentiels, l'étude non seulement valorise leurs expériences et leurs perspectives, mais promeut également une participation sociale plus authentique, en créant un espace où leurs voix peuvent directement influencer l'outil qui les concernent. Cette approche ne renforce pas seulement les recommandations issues de la littérature scientifique, mais est également en adéquation avec les directives politiques, comme la CIRDPH et les guidelines du référentiel du système marocain, qui encouragent l'inclusion de cette portion de la population dans les décisions qui les affectent, suivant une approche basée sur les



droits. Cette considération est particulièrement cruciale dans les pays où l'on a souvent observé une importation de politiques, de projets et de modèles de pratiques développés dans des pays plus avancés démontrée dans la littérature (Grech, 2016, Chapitre 29).

De plus, la validation du contenu a été effectuée par une personne extérieure à l'équipe des concepteurs, ce qui constitue un autre point fort. Les discussions lors des focus groups avec les ergothérapeutes ont révélé qu'il était difficile d'obtenir un consensus par rapport aux résultats de la consultation auprès des experts. Ainsi, la récolte de données auprès du panel d'experts effectuée par une personne extérieure a apporté une objectivité au processus qui aurait peut-être été absente si les membres de l'équipe de conception avaient appliqué cette méthode eux-mêmes. Cela répond également aux limites identifiées dans les études précédentes où les ergothérapeutes ont utilisé cette méthode pour valider le contenu de leur propre outil (DÉSORMEAUX-MOREAU, 2018; Veillette, 2008).

Toutefois, nous soulevons une limitation par à l'outil d'analyse de situation qui réside dans la délimitation géographique. Le darija a été utilisé comme dialecte de référence pour élaborer les items dans l'outil. Cependant, avec la volonté de décentraliser le recrutement des ergothérapeutes marocains, il est très probable que ces derniers se retrouvent dans des régions où l'on parle d'autres langues que le darija, comme *l'Amazigh* (avec ses dialectes) ou le *Hassanya* dans le Sahara marocain, ce qui pourrait entraîner d'autres habitudes de vie autres que ceux listés dans l'outil. Bien que l'outil comporte cinq cases vides que les ergothérapeutes peuvent remplir avec d'autres habitudes de vie non listées, il pourrait être pertinent de réutiliser la méthodologie de Lynn pour valider le contenu de l'outil traduit avec la langue parlée dans la région en question afin de renforcer la représentativité de l'outil par rapport aux habitudes de vie d'une grande partie de la population marocaine. De même que les compétences linguistiques de l'enquêtrice sont restreintes aux Darija et un peu de l'Amazigh (Soussia) qui n'aurait pas été suffisant pour traduire et passer l'entretien avec un panel d'expert avec une grande diversité ethnique.

2/ L'outil adapté à la culture marocaine, répondra aux limites identifiées sur le terrain par les ergothérapeutes pour analyser la situation de handicap :

D'une part, à ce stade, nous ne pouvons pas confirmer cette hypothèse car l'outil n'a pas encore été déployé à grande échelle. Ainsi, au lieu de parler de l'impact réel de l'outil, il serait plus approprié de discuter de la perception de son impact potentiel. D'autre part, les données recueillies ne sont pas représentatives en raison de la taille très limitée de l'échantillon. De plus, la présélection des participants a été effectuée par les ergothérapeutes qui ont conçu l'outil. Il aurait été préférable que le test soit réalisé par l'enquêtrice ou par d'autres ergothérapeutes n'ayant pas participé à son élaboration. Cependant, les données recueillies ont permis d'identifier certains points forts et faibles de l'outil. De plus, Les résultats de l'enquête sur le terrain ont également révélé que l'évaluation des habitudes de vie dans un micro-environnement par l'ergothérapeute ne suffisent pas pour améliorer la participation sociale de la personne en situation de handicap au Maroc actuellement. En effet, des points de réflexions liées à des facteurs institutionnels et structurels, qui ne relèvent pas de la responsabilité des ergothérapeutes, ont également été mises en lumière.

Sept personnes bénéficiant de services d'ergothérapie en réadaptation et en psychiatrie ont accepté de participer au pré-test de l'outil, avec des caractéristiques variées telles que l'âge et le milieu de vie, nous retrouvons aussi dans l'échantillon quatre ergothérapeutes (deux travaillent en réadaptation et les deux autres en psychiatrie). Dans l'ensemble, l'outil a bien été accueilli par les participants car il leur paraissait exhaustif et intégrait d'autres facteurs tels que la famille et l'environnement. L'outil a aussi aidé une personne (M. B) à se remémorer les activités qu'elle effectue à la maison et dont elle ne se souvient pas forcément lorsqu'elle est chez l'ergothérapeute, ce qui lui permettra de s'investir davantage dans son propre processus d'accompagnement. De plus, bien que l'utilisation du darija n'ait pas été directement mentionnée par les participants comme point fort de l'outil. Nous pouvons déduire que c'est le cas, malgré un niveau académique relativement bas de l'échantillon, la majeure partie des participants ont compris chaque item. Ils étaient convaincus que l'outil facilitait l'identification des différentes

habitudes de vie avec lesquelles ils rencontrent des difficultés. Ces points forts soulevés suggère que l'outil peut faciliter le processus d'évaluation à l'ergothérapeute d'une part et l'investissement de la personne dans son propre accompagnement d'autre part.

Les aspects qui ont été jugés insatisfaisants dans cette étude concernent principalement la longueur de l'outil. Alors qu'il aspire à intégrer les bénéficiaires des services d'ergothérapie dans leur propre évaluation de la situation de handicap, et à offrir un répertoire des divers aspects de leurs habitudes de vie, sa longueur pourrait potentiellement être contre-productive. En particulier, dans un contexte où les individus ne sont pas habitués à jouer un rôle actif dans leur propre processus d'accompagnement, inversant ainsi l'intention initiale de l'outil d'encourager une participation plus engagée. De même quelques items n'étaient pas clairement compris par les participants lors du pré-test, mais qui ont ensuite été clarifiés par les ergothérapeutes, ce qui pourrait d'avantage augmenter le temps d'évaluation et retarder le processus d'intervention. Cependant, il convient de rappeler que le contenu de l'outil, utilisé lors de la phase de pré-test, n'avait pas encore reçu une validation, ce qui peut éventuellement influencer la perception d'impact par les participants et l'exactitude de ces constats.

De plus, un sentiment d'inadéquation de l'outil dans le contexte de la psychiatrie est noté. L'encouragement à la participation des résidents dans leur propre accompagnement se trouve entravé. D'une part, la difficulté des individus ayant des troubles psychiques à maintenir une concentration soutenue rend l'utilisation d'un outil long potentiellement épuisante. Ce qui peut les conduire à interrompre le processus d'évaluation, comme ce fut le cas avec Mr. F.

D'autre part, l'ergothérapeute E3 note une divergence marquée entre les objectifs fondamentaux des interventions en ergothérapie dans le secteur psychiatrique, centrées sur le renforcement des compétences sociales (à travers des ateliers d'apprentissage et des groupes de discussion...), et l'orientation principale de l'outil sur l'identification des habitudes de vie qui pour cet ergothérapeute sont plus d'ordre physique que des aptitudes liées au compétences sociales. Cette discordance rend l'utilisation actuelle de l'outil ambiguë, ne ciblant pas précisément les domaines cruciaux pour favoriser une amélioration sociale des bénéficiaires du secteur de la

psychiatrie. De ce fait, dans ce contexte, il pourrait être nécessaire de revoir l'outil dans son intégralité.

Il semblerait que l'enquête ait également mis en lumière l'influence du rôle social lié aux facteurs identitaires, comme conceptualisé par Fougeyrollas, sur la réalisation des habitudes de vie.

D'une part, nous constatons que certains répondants ont affirmé que certaines habitudes de vie étaient spécifiquement destinées aux hommes, tandis que d'autres étaient réservées aux femmes. Cette différenciation basée sur le genre peut refléter des normes et des valeurs culturelles profondément enracinées, qui sont importantes à prendre en compte lors de l'élaboration d'un outil qui vise à être sensible à la culture marocaine. Il sera tout de même essentiel de s'assurer que l'outil est inclusif et ne renforce pas les stéréotypes de genre par les ergothérapeutes. Une difficulté liée aussi au dialecte marocain. En effet contrairement au français où on pourrait utiliser un verbe neutre pour décrire une habitude de vie pouvant être réalisée par un homme ou une femme, le dialecte marocain nécessite une conjugaison des verbes spécifique au genre, rendant la neutralité linguistique difficile à atteindre. Cela corrobore avec les propos de Ferreira (Ferreira, 2003) quand elle constate que la culture et la langue prédétermine la réalité, influençant ainsi significativement la participation sociale des individus.

La faible implication des personnes suivies était, d'une part, liée au nombre limité de consultations en ergothérapie reçues, et d'autre part, à la période durant laquelle l'outil d'évaluation a été administré, qui correspondait au Ramadan. Une période liée à la pratique de jeûne, le changement des horaires, la volonté d'être plus pieux en respectant les horaires de prière par exemple. Bien que la culture islamique n'ait pas été explicitement abordée dans le questionnaire du pré-test, il est clair qu'il s'agit également d'un facteur identitaire à considérer, qui peut influencer le processus de production du handicap comme illustré dans le MDH-PPH et la qualité de l'accompagnement par conséquent, notamment par l'absentéisme des personnes suivies pendant les séances. Le facteur identitaire lié à la culture islamique a aussi été souligné par les études mentionnées qui ont été effectuées dans des pays avec une culture similaire que le Maroc (Al Busaidy & Borthwick, 2012; Malkawi et al., 2020a).

En adoptant une vision systémique comme l'invite le MDH-PPH le cadre théorique de cette étude, Il convient également d'interroger d'autres facteurs institutionnels qui renforcent significativement le processus de production du handicap et qui peuvent influencer considérablement l'accompagnement en ergothérapie.

L'outil d'analyse de la situation de handicap a été conçu dans une période où l'organisation du système du soins est en cours chantier. L'instauration d'un parcours en ergothérapie, l'embauche annuelle d'ergothérapeutes sur le terrain (actuellement au nombre de 57 ergothérapeutes), dont l'objectif, comme nous l'avons constaté, est de favoriser l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap, démontre l'engagement du Maroc à passer à l'action afin d'améliorer les conditions de participation sociale de la population marocaine.

Cependant, dans les services de réadaptation, les résultats suggèrent que le déplacement d'une vision médicale à une vision systémique basée sur les droits peine encore à être intégrée dans la pratique. A travers les résultats, nous pouvons lire que la prédominance du modèle médical restreint la pratique des ergothérapeutes où les personnes accompagnées cherchent en premier la rééducation fonctionnelle et donc rejette la nature de l'ergothérapie. Ces résultats font échos avec les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes omanais et jordaniens. L'organisation interne des services entrave l'utilisation d'outils d'évaluation qui cherchent à aborder le handicap d'une manière interactive, en tenant compte à la fois des facteurs personnels et environnementaux pour analyser la situation de handicap. Cette préoccupation a été partagée par plusieurs ergothérapeutes lors de la présentation des résultats de la première vague de consultation et du pré-test de l'outil lors d'un groupe de discussion. Qui plus est, au Maroc, les ergothérapeutes ne peuvent pas visiter l'environnement immédiat de la personne accompagnée, ce qui limite leur observation aux mises en situation, souvent avec des ressources matérielles limitées.

En lien avec une mission réalisée par l'enquêtrice lors de son stage chez HI, la visite de deux services de psychiatrie a mis en lumière des conditions difficiles pour les personnes hospitalisées. Les deux centres excédaient leur capacité d'accueil, et plusieurs résidents partageaient la même chambre dans des conditions d'hygiène

*Siham AIT AMGHAR - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

*& de l'Université Rennes 2 - <2022-2023>*

préjudiciables, mettant en évidence un écart significatif entre ce qui est décrété et la réalité du terrain. Ceci pourrait expliquer le sentiment d'inadéquation de l'outil ressenti tant par les ergothérapeutes que par les personnes accompagnées, exprimé lors de la phase de pré-test de l'outil.

Par ailleurs, l'utilisation actuelle de cet outil par les ergothérapeutes se concentre principalement sur une évaluation approfondie de la situation de handicap dans un environnement micro, ce qui semble insuffisant face aux obstacles mentionnés précédemment, et donc inadéquat pour favoriser une pleine participation sociale effective et sur le long terme, dans l'environnement, au sens large, de la personne. En revanche, s'il est utilisé dans le cadre d'étude avec des perspectives plus larges, cela permettrait une analyse plus globale de la situation de handicap, intégrant non seulement les aspects immédiats de l'environnement de l'individu, mais aussi en étendant la considération aux facteurs méso-environnementaux, tels que l'accessibilité des infrastructures, et macro-environnementaux afin de plaider en faveur de la mise en œuvre des politiques du handicap qui influencent considérablement la participation sociale. En effet, la participation sociale et l'exercice des droits fondamentaux sont étroitement liés aux politiques publiques en matière de handicap. Si ces politiques restent obsolètes et fragiles, même la meilleure volonté de ces nouveaux ergothérapeutes pour accomplir leur mission ne suffira pas ; l'impact de chaque praticien qui tend à améliorer la participation sociale des personnes en situation de handicap demeurera limité. De plus, il existe un risque que, sur le long terme, l'ergothérapie au Maroc s'éloigne de sa philosophie actuelle. Dans un tel contexte, les ergothérapeutes pourraient s'adapter à une approche biomédicale pour répondre aux exigences locales, risquant ainsi de régresser vers le paradigme mécaniste, où la personne est davantage perçue comme un conglomérat de structures organiques qu'un individu appartenant à un environnement social et communautaire, une notion discutée dans le chapitre 2. De même, bien que la politique inclusive du handicap du Maroc ait facilité l'introduction de l'ergothérapie dans le pays, cette nouvelle profession ne fait pas encore partie de la loi 45-13<sup>4</sup>. Cette omission a créé des complications bureaucratiques,

---

<sup>4</sup> Loi relative à l'exercice des professions de rééducation, de réadaptation et de réhabilitation fonctionnelle

notamment en ce qui concerne l'acquisition d'équipements spécifiques nécessaires à la pratique de l'ergothérapie. Avant 2023, les fonds budgétaires pour cette discipline n'étaient pas clairement définis, ce qui obligeait l'administration à classer les demandes d'équipement sous d'autres services, tels que la psychomotricité ou la kinésithérapie.

Cette situation a limité la portée des interventions des ergothérapeutes, faute d'équipement et d'installations adéquats. Par conséquent, ils se trouvent souvent contraints de se concentrer plus ou seulement sur la rééducation fonctionnelle que sur leur objectif principal : aider les personnes accompagnées à réaliser leurs habitudes de vie par la *rééducation (techniques qui visent à aider l'individu à réduire les déficiences et les incapacités d'un patient) et réadaptation (ensemble de moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ces incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes)*. De plus, le non-remboursement complet des services d'ergothérapie reste aussi un problème majeur, du fait que les personnes qui se dirigent vers les établissements publics sont principalement issues de classes moyennes ou des personnes démunies.

La récente réforme globale du système de santé, actuellement en déploiement, pourrait être la solution aux nombreuses difficultés actuelles, en s'alignant sur des priorités stratégiques cruciales. Elle envisage la généralisation de la Couverture Santé Universelle (CSU), permettant ainsi aux personnes en situation de handicap d'avoir un accès officiel au secteur de réadaptation et réhabilitation gratuitement, tout en éliminant les barrières financières qui entravent l'accès à ces services et renforcent le cycle du handicap.

Cette réforme met également un accent prononcé sur les facteurs environnementaux sociaux et physiques, encourageant une approche multisectorielle. Cette stratégie pourrait autoriser les ergothérapeutes à étendre leur champ d'action au-delà des institutions, leur permettant d'intervenir légalement dans l'environnement écologique des individus pour des aménagements de leur lieu de vie, travail, école... qui influe significativement le niveau de leur participation sociale. En outre, la formation des équipes pluridisciplinaires sur les thématiques du handicap et de la participation sociale est aussi une priorité. Utiliser le même registre permettra de travailler en équipe et coordonner les efforts pour permettre d'élaborer un meilleur plan d'accompagnement.

Cette réforme ambitionne également de promouvoir la santé et le bien-être de la population tout en garantissant une équité en matière de santé. Pour permettre un accès équitable aux services qui visent à renforcer la participation sociale des personnes en situation de handicap, cette réforme doit englober des initiatives visant à améliorer les infrastructures dédiées à travers tout le Maroc. Ceci évitera à la population concernée de devoir voyager vers d'autres villes pour accéder à ces prestations.

Mais, les efforts ne doivent pas s'arrêter là. Pour garantir que ces stratégies apportent réellement un changement, il est impératif que le gouvernement mette en œuvre des procédures d'évaluation sérieuses et continues. Cette démarche consisterait à vérifier régulièrement si les lois récentes et les programmes instaurés sont véritablement efficaces et contribuent à améliorer la condition des personnes en situation de handicap. Ces évaluations devraient inclure activement les personnes en situation de handicap dans le processus, comme dans le panel d'experts de la méthode de Lynn (1986), pour obtenir des retours directs et des perspectives sur les améliorations possibles. Ce genre d'approche collaborative garantirait non seulement que les actions du gouvernement sont véritablement bénéfiques, mais aussi qu'elles reflètent les besoins réels de ceux qu'elles visent à aider, assurant ainsi que les initiatives ne restent pas des promesses vides, mais conduisent à des résultats tangibles.

### **Chapitre 3 : Pistes futures**

Il aurait été judicieux d'intégrer une liste d'aptitudes de chaque habitude de vie dans la deuxième étape de l'outil pour faciliter la récolte de données, mais aussi pour permettre d'unifier ce que nous entend par réaliser cette habitude de vie de vie entre les différents ergothérapeutes. Les ergothérapeutes membres de l'équipe de conception ont informé la stagiaire qu'une classification d'aptitudes avait été initiée



à ce sujet pour faciliter la collecte de données. Néanmoins, celle-ci n'a pas été partagée avec la personne en charge de l'enquête.

Il semblerait que l'outil attire déjà un intérêt considérable parmi les ergothérapeutes et les étudiants dans le domaine. Une ergothérapeute fonctionnaire a débuté son utilisation pour enseigner aux étudiants. Ces derniers ont exprimé leurs intérêts à l'utiliser sur les lieux de stage. D'autres ergothérapeutes sont également enthousiastes à l'idée de l'appliquer dans leur pratique quotidienne.

Il serait aussi judicieux d'élargir la portée de cet outil en le présentant aux divers membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ceci non seulement faciliterait encore plus la compréhension du rôle de l'ergothérapeute parmi les membres des équipes pluridisciplinaires et les directions, mais également permettrait d'évaluer dans quelle mesure l'outil contribue à clarifier la compréhension de cette nouvelle profession sur le terrain.

Il pourrait également être pertinent d'exploiter cet outil pour cerner des aspects macro, et ainsi évaluer sa pertinence et son efficacité à cette échelle plus large. L'exploration géographique de son application mérite aussi d'être élargie, notamment au-delà des régions actuellement couvertes dans l'étude. Cela contribuerait non seulement à compléter la validité du contenu de l'outil, mais aussi à garantir son utilité pratique dans différents contextes régionaux.

Une session de présentation organisée par la stagiaire à l'institut de formations paramédicales à Rennes (IFPEK) a généré un intérêt notable, en particulier pour son utilisation auprès de la population d'origine maghrébine résidante à Rennes. Cette réponse positive suggère qu'il serait bénéfique de tester l'outil sur une échelle plus vaste, éventuellement en collaborant avec d'autres institutions éducatives et organisations professionnelles pour faciliter son adoption et son adaptation à d'autres contextes et populations.

## **Conclusion :**

Actuellement, beaucoup d'encre coule pour instaurer une politique visant à promouvoir la participation sociale des personnes en situation de handicap au Maroc. Cette initiative s'aligne sur une directive internationale qui aborde le handicap selon une approche interactionniste et situationnelle, influencée tant par des facteurs personnels que par des facteurs environnementaux. Dans le même contexte, et de manière plus pratique dans le milieu de réadaptation, Fougeyrollas définit la participation sociale comme le degré de réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux.

Au Maroc, l'ergothérapie est une profession naissante, résultant de la collaboration entre l'ONG Humanité&Inclusion et le ministère de la santé et la protection sociale marocaine. Ancrée dans la science de l'activité humaine, l'ergothérapie se focalise sur l'interaction entre l'individu et son environnement, visant à faciliter la réalisation de ses habitudes de vie. Pour répondre à un besoin de contextualisation de l'ergothérapie à la culture marocaine, onze ergothérapeutes marocains fonctionnaires, en collaboration avec l'équipe du projet d'ergothérapie HI et un anthropologue, ont conçu un outil d'analyse de situation de handicap sensible à la hétérogénéité de la culture marocaine. L'objectif premier de cet outil est d'évaluer les facteurs personnels et environnementaux entravant la réalisation d'habitude de vie que la population réalise de manière quotidienne, dans le but d'améliorer les conditions de participation sociale. Le but de cette étude est de valider le contenu de cet outil qui vise à lister les habitudes de vie contextualisées à la culture marocaine. À travers ce travail, nous espérons avoir élaboré une méthodologie appropriée pour valider le contenu d'un nouvel outil, constituant ainsi une brique essentielle dans la construction de ce nouveau chapitre visant à établir une ergothérapie marocaine résolue à promouvoir la participation sociale des personnes en situation de handicap aux quatre coins du Royaume.

Dans une première étape, ce document s'est attaché à analyser l'évolution du concept de handicap, mettant en lumière l'émergence de la notion de participation sociale et son intégration dans les pratiques ergothérapeutiques.

Dans la deuxième partie, nous avons éclairé le contexte dans lequel le projet d'ergothérapie a vu le jour, dans un contexte différent de celui où cette profession s'est vue développée. L'intention ici n'est pas de comparer entre les pays occidentaux et le Sud Global, mais de mettre en évidence que les différences dépassent la langue et la géographie et s'étendent à des réalités socio-culturelles distinctes. La troisième partie a traité en profondeur de la méthodologie employée pour mettre en œuvre la démarche de validation de contenu de Lynn (1986), détaillant brièvement la réflexion derrière les phases clés de création de l'outil d'analyse de situation de handicap. Enfin, dans la dernière section, nous avons évoqué les limitations de l'étude avant de discuter les résultats en relation avec les hypothèses formulées ; nous avons également identifié des pistes pour des recherches futures.

Les initiatives menées par Humanité&Inclusion, bien que cruciales au Maroc, ne garantissent pas la longévité des actions mises en place visant à améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap. Pour tendre vers une participation sociale qui n'est pas un privilège mais un droit pour tous, la pérennité de ces efforts repose sur des piliers centraux. D'une part, il est impératif que le gouvernement manifeste une volonté inébranlable de continuer à œuvrer dans cette direction, en mettant en place une démarche de qualité pour ajuster et réajuster les programmes mis en place. D'autre part, il faut aussi aborder des problématiques majeures telles que l'accès équitable aux services de soins et de réadaptation ainsi que la corruption. Éliminer la corruption, un fléau national, est nécessaire. En arabe, la corruption "*réchoua*" évoque "*le bois pourri*". Si les efforts déployés se fondent sur une base corrompue, rien de positif n'en découlera, freinant ainsi la progression vers une société inclusive et juste.

Le Royaume a établi des initiatives mécanismes de transparence et de responsabilité, tels que le numéro vert contre la corruption, qui garantissent une mise en œuvre équitable des initiatives, y compris celles destinées aux personnes handicapées. Ces initiatives doivent être consolidées par des lois permettant aux personnes en situation de handicap d'ester en justice si leurs droits à la participation sociale sont entravés.

---

## Bibliographie

---

- Al Busaidy, N. S. M., & Borthwick, A. (2012). Occupational Therapy in Oman : The Impact of Cultural Dissonance: Occupational Therapy in Oman. *Occupational Therapy International*, 19(3), 154-164.  
<https://doi.org/10.1002/oti.1332>
- Baker, J., Lovell, K., & Harris, N. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Researcher*, 14(1), 59-70. <https://doi.org/10.7748/nr2006.10.14.1.59.c6010>
- Beagan, B. L. (2015). Approaches to culture and diversity : A critical synthesis of occupational therapy literature: Des approches en matière de culture et de diversité : une synthèse critique de la littérature en ergothérapie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(5), 272-282.  
<https://doi.org/10.1177/0008417414567530>
- Bernaud, J.-L. (2014). Méthodologie psychométrique : Elaborer et valider des tests et des questionnaires psychologiques. In *Méthodes de tests et questionnaires en psychologie* (Dunod).
- Brière, S., & Proulx, D. (2013). La réussite d'un projet de développement international : Leçons d'expérience d'un cas Maroc-Canada: *Revue Internationale des Sciences Administratives*, Vol. 79(1), 171-191.  
<https://doi.org/10.3917/risa.791.0171>

- Caire, J.-M., Biard, N., & Whiteford, G. (2012). Chapitre 12. La recherche en ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (De Boeck Supérieur, p. 299-316).
- Castro, D., Dahlin-Ivanoff, S., & Mårtensson, L. (2014). Occupational therapy and culture : A literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 401-414. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.898086>
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. Cairn.info.  
<https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- Communiqué, P. (2017, octobre 2). *Le Gouvernement Princier à l'initiative de la création d'une première filière de formation au métier d'ergothérapeute au Maroc / A la Une du Portail / Portail du Gouvernement—Monaco*.  
<https://www.gouv.mc/A-la-Une-du-Portail/Le-Gouvernement-Princier-a-l-initiative-de-la-creation-d-une-premiere-filiere-de-formation-au-metier-d-ergotherapeute-au-Maroc>

DÉSORMEAUX-MOREAU, M. (2018). *ÉLABORATION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ À DOMICILE DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE QUI AFFECTE LA SANTÉ MENTALE*. UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES.

- Désormeaux-Moreau, M., Naud-Lepage, G., & Drolet, M.-J. (2020). *Assurer la validité de contenu lors du développement d'un outil d'évaluation : Soutenir l'ergothérapeute pas à pas* [Application/pdf].  
<https://doi.org/10.13096/RFRE.V6N2.178>

Devonshire, C. M., & Suhner, N. (2011). L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle (N. Stora, Trad.). *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 13(1), 23-55.

<https://doi.org/10.3917/acp.013.0023>

Diop, I. (2012). Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale: *Le français aujourd'hui*, n°177(2), 19-27. <https://doi.org/10.3917/lfa.177.0019>

Dwairy, M., & Van Sickle, T. D. (1996). Western psychotherapy in traditional Arabic societies. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 231-249.

[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(96\)00011-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(96)00011-6)

Ferreira, M. A. (2003). *Les compétences des ergothérapeutes*. UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES.

Fougeyrollas, P. (2004). *Développement humain, handicap et changement social*. 13(1-2), 92.

Fougeyrollas, P. (Éd.). (2007). *Développement humain, handicap et changement social*. 16(2), 53.

Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du sens du handicap*. Presses de l'Université Laval.

Fougeyrollas, P. (2021). Classification internationale 'Modèle de développement humain-Processus de production du handicap' (MDH-PPH, 2018).

*Kinésithérapie, la Revue*, 21(235), 15-19.

<https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.04.003>

Fransen, H. (2008). 9.5. LA READAPTATION A BASE COMMUNAUTAIRE.

- Grech, S. (2016). *Disability in the Global South : The Critical Handbook* (K. Soldatic, Éd.). Springer International Publishing.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-42488-0>
- Hammell, K. W. (2009). Sacred Texts : A Sceptical Exploration of the Assumptions Underpinning Theories of Occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(1), 6-13. <https://doi.org/10.1177/000841740907600105>
- Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), 194-197. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.10.003>
- Iwama, M. (2007). Culture and occupational therapy : Meeting the challenge of relevance in a global world. *Occupational Therapy International*, 14(4), 183-187. <https://doi.org/10.1002/oti.234>
- Jamal, K. (2018). *Le Handicap Représentations et perceptions des personnes en situation de handicap au Maroc.*
- Kronenberg, F., Simo Algado, S., & Pollard, N. (2013). *Occupational Therapy without borders : Learning from the spirit of survivors.* Elsevier.
- Kuipers, P., & Paluku Sabuni, L. (2016). Community-Based Rehabilitation and Disability-Inclusive Development : On a Winding Path to an Uncertain Destination. In *Disability in the Global South : The critical Handbook* (p. 453-465). Springer International Publishing.
- Lynn, M. R. (1986). *Determination and quantification of content validity.*
- Malkawi, S. H., Alqatarneh, N. S., & Fehringer, E. K. (2020a). The Influence of Culture on Occupational Therapy Practice in Jordan. *Occupational Therapy International*, 2020, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2020/1092805>

- Malkawi, S. H., Alqatarneh, N. S., & Fehringer, E. K. (2020b). The Influence of Culture on Occupational Therapy Practice in Jordan. *Occupational Therapy International*, 2020, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2020/1092805>
- MATIN, L. (2023, avril 9). *Santé : La stratégie de coopération 2023-2027 Maroc - OMS signée*. <https://lematin.ma/express/2023/sante-strategie-cooperation-2023-2027-maroc-oms-signee/388642.html>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck.
- Ministère de la Santé, de la S. (2016). *Plan National de Santé et le Handicap 2015-2021* « *Equité, dignité et droit pour un meilleur état de santé des Personnes en Situation de Handicap*. » [Plan National de Santé et le Handicap 2015-2021 « *Equité, dignité et droit pour un meilleur état de santé des Personnes en Situation de Handicap*. »]. Ministère de la santé.
- Morel, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (1er édition). Deboeck Supérieur.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Poriel, G. (2014). *L'ergothérapie comme levier de la participation sociale des personnes en situations de handicap*.
- Royaume, M. (2011). *La constitution*. Documentation Juridique Marocaine. [http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/constitution/constitution\\_2011\\_Fr.pdf](http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/constitution/constitution_2011_Fr.pdf)



- Sánchez, A. J., Amaré, S., Dominguez, E., Lahsika, K., Mastafa Zahir, Ahrich, H., Amghar, S. A., Alaoui, G., Batiss, Z., Dahmane, M. B., Rokia El Abyad, Houti, Y. E., Jessasse, R., Lahna, H., Fatimzara Miza, & Ibtihal Tafziouine. (2022). *Organisation du soutien social aux personnes en situation de grande dépendance au Maroc. Limites et opportunités pour les personnes aidantes*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.35314.38081>
- Serghini, L. (2005). *50 ans de développement humain & perspectives 2025 : Une figure de l'exclusion : Le handicap*. <http://www.rdh50.ma/fr/pdf/contributions/GT7-5.pdf>
- Stiker, H.-J. (1987). Histoire de l'infirmité: *Recherche en soins infirmiers*, N° 9(2), 11-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.009.0011>
- Tremblay, V., & Brousseau, M. (2020). *Pratique centrée sur la personne dans un contexte de réforme : Une étude exploratoire auprès d'ergothérapeutes québécois* [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V6N1.102>
- Veillette, N. (2008). *Développement d'un outil d'évaluation du statut fonctionnel pour les personnes âgées en visite à l'urgence*. Université de Montréal.
- World Health Organization, UNESCO, Organization, I. L., & Consortium, I. D. D. (2011). *Réadaptation à base communautaire : Guide de RBC*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44523>
- Yann, P. (2016). Ergothérapie et réhabilitation : Le sens de l'action. In *Ergothérapie en psychiatrie* (De Boeck Supérieur, p. 199-206).

---

## Liste des Figures

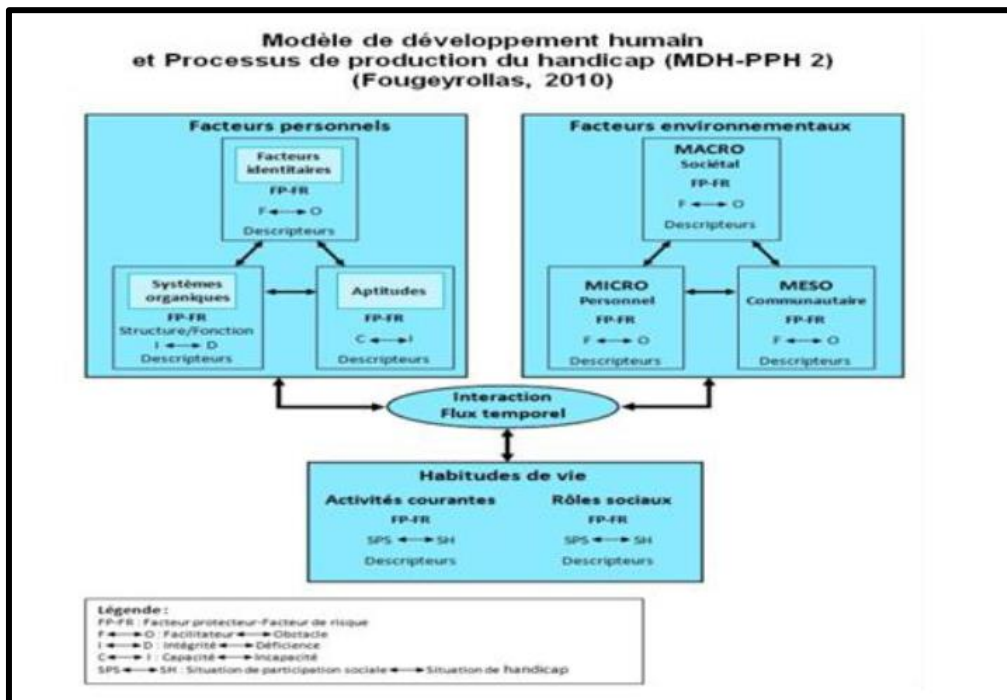
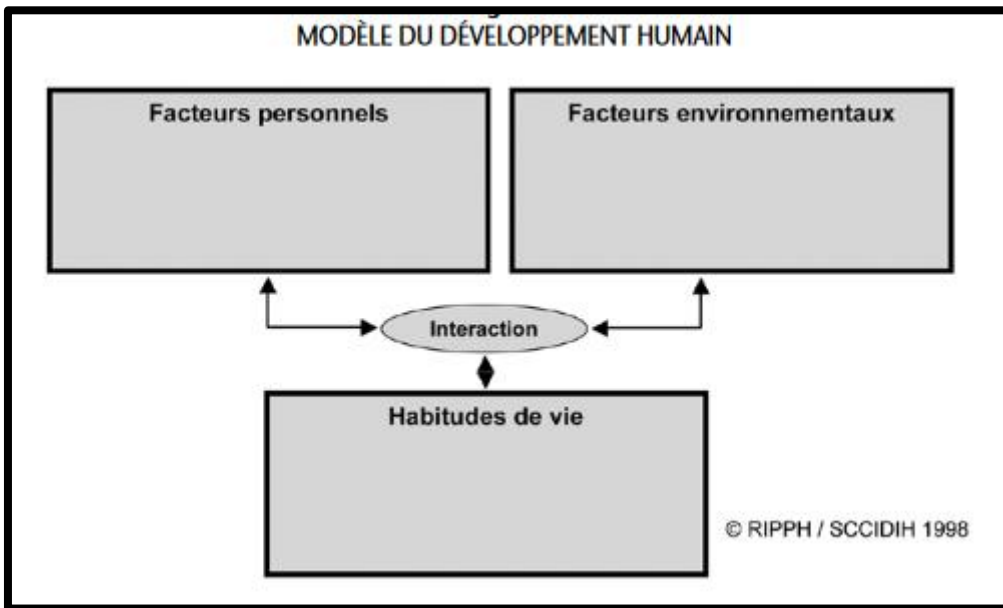
---

Figure 1 Diagramme de Ven.....	19
Figure 2 Cadre de référence inspiré de la démarche réalisée par Veillette dans son étude et celle de la méthode de Lynn.....	45

# Liste des Annexes

## Annexe 1 :

### Modèle de Développement Humain et le processus de production du handicap



Annexe 2 :

Le modèle Réhabilitation à Base Communautaire (RBC)

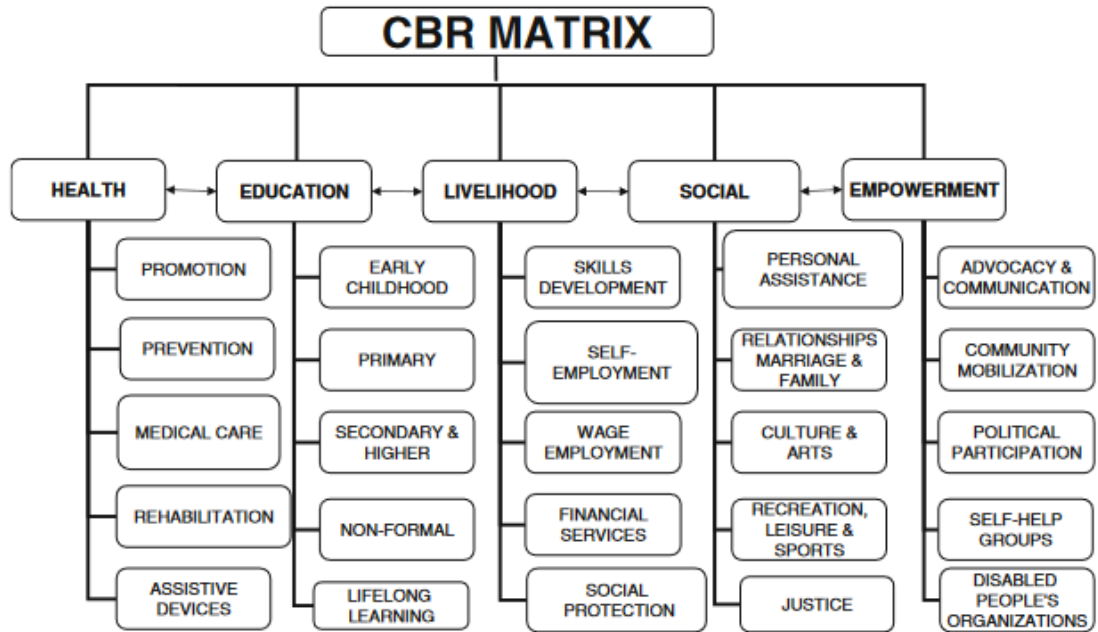


Fig. 29.1 CBR Matrix

### **Annexe 3 :**

Procédure pour l'identification des occupations dans le contexte marocain rédigé ,  
par Alvar Sanchez Jones

#### a) Méthodologie

#### **Deux niveaux de recherche :**

- Activités significantes de la vie quotidienne.
- Activités significantes réalisées ponctuellement

#### **Recueil de données**

- **1°/** Observation de votre propre expérience (quotidien/ponctuel).
- **2°/** Observation de votre environnement (quotidien/ponctuel).

Ces deux niveaux d'observation doivent permettre, dans une fiche partagée, accessible sur Dropbox, le recensement :

- o des activités ponctuelles significantes
- o des activités quotidiennes non mentionnées sur la base des entretiens.
- **3°/** Réalisation d'entretiens (quotidien).
- Démarche proposée pour la réalisation des entretiens

Les entretiens seront réalisés en Darija. Ils seront enregistrés si la personne manifeste son accord. L'accord peut être verbal et enregistré. Ces enregistrements seront partagés sur une dropbox.

La question de départ est la suivante :

Racontez-moi tout ce que vous avez fait hier du matin jusqu'au soir

Au fur et à mesure que les activités sont détaillées, préciser :

- Le soutien à l'activité (humain/technique)
  - L'environnement de l'activité
  - Les objectifs de l'activité
- Après l'entretien, remplir la fiche Excel pour l'analyse et l'identification des occupations quotidiennes.  
Echantillonnage : 4 personnes enquêtées par ergo. Différents milieux sociaux-économiques.

## Annexe 4 :

### Etape 1 : Identification des habitudes de vie problématiques (version en darija+ arabe latin)

Habitudes de vie dans l'espace habité		Cette habitude de vie est	Niveau de difficulté / risque	Besoin de personne aidante
		REALISÉE NON REALISEE NON APPLICABLE	SANS DIFFICULTE AVEC DIFFICULTE AVEC RISQUE	OUI PRESENTE OUI PRESENTE PAR INTERMITTENCE OUI ABSENTE
1	yfiq wynod mn lfrash / يفتيق وينوض من لفراش			
2	ytnaq f dar / يتنقل فى الدار			
3	ymchi l toilette w ystaaml... (toilette bldia, romya, papier (...)) / يمضى لظوايط ويستعمل... (طوايط بلدية، رومية، بابى جيتيك، لمان...)			
4	yeghmel w ystaaml... (toilette bldia, romya, papier (...)) / يهتم بالنظافة ديال الجسم (يعسل يديه، يعسل سنانو، يعسل وجهو، يفتيق نيفو...)			
5	taatani / yaatani brasha dir l maquillage, tmchat chaarha , tqad l (follard/ y7ssen) / تعتنى براسها (دير لماكياج، تمتشط بشعرها، تغاد لفولار، يحسن)			
6	Yelbes hwayjo o yhayedhom/ tibess / يلبس حوايجو و يحيدهوم (يختار حوايجو و يعرف يلبسهوم و يسد الصدايف و يعقد السيور)			
7	hwayejna ou thayadhoun (yekhtar hwayjo o yaraf yelbeshom o ysed sdayef o yaaqed syour) / (دوونى، بانوار، صتل ديال ما) يعسل جسم و كامل			
8	yghsl jismo kamli (douche, baignoire, bstel dyal ma) / ياكل يستعمل ماغن ديال ماكلا او البند (yokol / takol (ista3mel mwaaen dyal makla aw belyed			
9	yghder / thder maa nass l aaych maahoum / يهضر مع الناس لى عايش معاها			
10	yhafed ela laalaqa zawjiya ( ikhossossiya, techjih, daam ) / فط على العلاقة الزوجية ( الخصومية، التشجيع، الدعم المعنوي، العلاقة الجنسية...)			
11	ki9abel wliidatou/wliidatha awla laatinae bchakhs kbir fdar / تقابل و لادها و تعتنى بأفراد العائلة			
12	yndr f telephone / يهضر بقتليون			
13	yethala f rasso ( yakhod diwah o ytabaa nassahin lailajya o yetleb / يتهلا فراسو ( يأخذ دواه و يتبع النصائح العلاجية و يطلب المساعدة)			
14	ytwda / يتوصا			
15	ysli / يصلى			
16	kraya (ktouba, qoraan) / يقرأ (كتب او قرآن)			
17	ywjd lmakla /Twejed / يوجد الماكلة			
18	tkhamel dar ( tcheteb, tqad dar, tejma3 frach, tejma3 tabla, tjegef... ) / تحمل الدار (تتشطب، تغاد الدار، تجمع الفران، تجمع الطايلة، تجفف...)			
19	taajn w tayb lkhobz / تعجن و طيب لخبز			
20	tghsel lmaan b lyed b la maqina /yghsel... / تغسل لمان ب ( باليد، ماكينة د المان...)			
21	tsaben lihwayej ( blyed b imakina) tjmaa ou twi l hwayej / تصين الحوايج ( باليد، ماكينة الصابون...)			
22	ydiire/ tdire islahat fdar / تدير / يدير اصلاحات فالدار			
23	ystaaml telephone/tablette bash y connecta / يستعمل التليفون/طابليت باش يتكونيكطا،			
24	ytfqj f tifeza / يتفرج فالنقرة			
25	Yfrsh f l ard bash ynaas / يفرش فالأرض باش ينسس			
26	ybrdaa lhamar/ yqab l ksiba ( lbghar, dzaj... )o ynqi l kor / يقابل لكسبية و ينقى الكورى / يبردع الحمامار...			
27	ysqi mn lbir / يسقى من لبير			
28	yjmaa laawad /ychaal l aafia / يجمع لعواد /يشعل العافية			
Habitudes de vie dans les espaces publics				
29	ymshi l blays li qrab lih / يمضى لبلابى لى قراب ليه			
30	ytnaqel b tomobile awla transport (Bam aw Imozdawaj / يمضى فالطوموبيل أولا فالطرونسيبور العام أو المزدوج			
31	ysog tomobile, motoribicyclette... / يسوق طوموبيل، بيسكليت، موطور...			
32	yahref ysayer el masarif dialou w (...)) / يفسر المصروف ديالو و بأدى الواجبات المادية لى عليه (يقسم المصروف و يخلص الحسابات ديالو، دارت...)			
32	yhadri el wajibat al madya diali l alih ( yqsem imasrouf w ykhalas el hsbat dialou , daret			

33	ytkda mn (Inanout / souk/ mahalat tijaria) يتقدا من (الحانوت / سوق / محلات تجارية)			
	ymchi ltbib ( clinique prive , sbitar dial dawla , marqaz dial tarwid wela dbib dial snan) يمشى للطبيب (كlinik بريفى، صبيطار الدولة، صبيطار الدولة، صبيطار الدولة)			
34	مركز دبال الترويض أو طبيب دبال السنان			
35	يدوى مع الناس فالمحيط دبالو ( jedwi m3a nas felmo7it dyalo ( jiran, nass li khedamine maa ou la li kqraw maa )			
36	يتواصل مع الناس قبلابص عمومية Ytwasi maa nas fblays omoumia			
37	يزور الأقرباء ( العائلة و الصحاب) yzor aqriba2 (3a2ila o shab)			
38	يتلاقا صحابو ytlaqa shabo			
39	يمشى لقهوة ymshi l qahwa			
40	يمشى لجامع ymshi l jamaa			
41	يمشى لحمام ymshi l hamam			
42	ممارسة الرياضة Moumarrassat riyaada( fdar wla fikharj)			
	يخدم خدمة عندها مدخول (تحديد) بما فيها الخدمة الموسمية ( الفلاحة) yakhdem khedma 3endha medxoul (tehdid) bima fina lkhedma			
43	Imawsimiya (flaha)			
44	تعليم (دراسة عليا، دار القرآن، محو الامية) taalim ( dirassat oulya , dar qoran, mahw oumya)			
45	Habitudes non ordinaires			
46	رمضان يوجد لفظور و سحور ramdan(taraweh,ywjd lftor w shor...)			
47	مشاركة فى المناسبات/الحفلات العائلية(العرس،، السيو...)(...)(laars, sboo...)			
48	المشاركة فى الأعياد الدينية (العيد الصغير، العيد الكبير، عيد المولد النبوى الشريف) Imocharaka fel aayad diniya (eid sghir (eid kbir, eid Imawlid nabawi charif			
49	المشاركة فالمناسبات التقليدية ( عاشورا،(achoura, tbourida, chabana..) Lmocharaka fel monassabat teqlidiya (ashoura, tbourida, chabana..)			
50				
51				
52				
53				
54				

Etape 2 : Identificateur des facteurs personnels et facteurs micro-environnementaux qui entravent la participation sociale

	A compléter uniquement pour: les Habitudes de Vie non réalisées ou réalisées avec difficulté / risque	Facteurs Personnels		Facteurs Environnement Micro	
		Facteurs identitaires Faciliteurs (F) / Obstacles (O)	Aptitudes Incapacités (I) / Capacités ©	Faciliteur (s)	Obstacle(s)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					



Etape 3 : Priorisation des habitudes de vie

Habitude de Vie non réalisées ou réalisées avec difficulté / risque	Niveau de satisfaction	Habitude prioritaire
	SATISFAIT / INSATISFAIT	OUI / NON

## Etape 1 : Identification des habitudes de vie problématiques (version en français)

	Habitues de vie dans l'espace habité	Cette habitude de vie est	Niveau de difficulté / risque	Besoin de personne aidante
		REALISEE NON REALISEE NON APPLICABLE	SANS DIFFICULTE AVEC DIFFICULTE AVEC RISQUE	NON OUI PRESENTE OUI PRESENTE PAR INTERMITTENCE OUI ABSENTE
1	Se réveiller et sortir du lit			
2	Se déplacer à l'intérieur de la maison			
3	Aller aux toilettes et utiliser les équipements sanitaires pour se nettoyer selon les normes culturelles établies (incluant toilette romi et beld) utilisation du papier hygiénique et/ou de l'eau			
4	Faire la toilette, s'occuper de l'hygiène corporelle (se laver les mains, se laver le visage, se brosser les dents, se moucher)			
5	Prendre soin de l'apparence (se maquiller, se coiffer, mettre le foulard, se raser)			
6	S'habiller et se déshabiller (choisir et mettre ses vêtements incluant boutons, fermeture éclair, lacets d.e chaussures)			
7	Se laver le corps entier (douche, baignoire, avec seau...)			
8	Manger (incluant l'utilisation de la vaisselle et des ustensiles si nécessaire, respecter les règles de la politesse et les normes, consignes et habitudes du contexte)			
9	Communiquer et tenir une conversation avec les autres personnes dans l'espace habité			
10	Maintenir des relations affectives avec le conjoint (intimité, encouragement, soutien moral, sexualité...)			
11	Prendre soin des enfants et assister les autres personnes dépendantes du ménage (à préciser)			
12	Communiquer par téléphone			
13	Se soigner (appliquer un pansement, prendre les médicaments, renouveler les prescriptions, suivre les consignes thérapeutiques, demander de l'aide...)			
14	Faire les ablutions			
15	Faire la prière			
16	Lire (coran ou autre)			
17	Préparer les repas (à préciser)			
18	Entretien de la maison (balayer, ordonner la maison, ranger le lit, débarrasser la table à manger, passer la serpillière) (à préciser)			
19	Entretien et réparation l'intérieur et l'extérieur de la maison			
20	Pétrir le pain et le cuir (à préciser)			
21	Utiliser le téléphone / Tablette pour se connecter à internet (réseaux sociaux, applications etc)			
22	Faire la lessive (à détailler: main, machine automatique...) et plier et ranger le linge			
23	Faire la vaisselle (à détailler: main, machine à vaisselle)			
24	Regarder la télévision			
25	Préparer l'espace pour dormir			
26	Alimenter des animaux (poules, moutons, vaches...) et nettoyer l'écurie préparer l'âne (à préciser)			
27	Puiser l'eau du puits			
28	Ramasser le bois et allumer le feu			
	<b>Habitues de vie dans les espaces publics</b>			
29	Se déplacer à pied dans la communauté / environnement de proximité			
30	Se déplacer en transport en commun (à détailler: voiture, taxi, bus, tram, mulet, âne, etc...)			
31	Conduire un véhicule (moteur, voiture, bicyclette, triporteur, mulet, âne, etc)			
32	Planifier votre budget et respecter vos obligations financières (répartir vos dépenses et vos économies, paiement des comptes, tontine...)			
33	Faire les achats à l'épicerie			
34	Faire les courses (supermarché, souk hebdomadaire...)			
35	Utiliser les services de santé (une clinique médicale, un centre hospitalier ou de réadaptation, une clinique dentaire...)			
36	Maintenir des liens sociaux avec votre entourage (voisins, collègues de travail, d'études ou de loisirs...)			
37	Communiquer et tenir une conversation dans l'espace public			
38	Visiter les proches (amis, familles...)			
39	Rencontrer des amis (à préciser)			
40	Aller au café			

42	Aller à la mosquée			
43	Aller au hammam			
44	Faire du sport ( à l'intérieur et à l'extérieur)			
46	Réaliser des activités professionnelles/ génératrices de revenus (à spécifier) y compris travail saisonnier ( agriculture) (à préciser)			
47	Participer à des activités formatives (études, école coranique, alphabétisation, formation artisanale.)			
	Habitudes non ordinaires			
50	Ramadan ( tarawih, préparer ftour et shour...)			
51	Participer à des événements familiaux ( mariage, baptême, décès.)			
52	Participer à événements des religieux ( aid al fitr et aid aladha, l'anniversaire de prophète)			
53	Participer à des événements traditionnels ( achoura, tbourids, chabana)			
54				
55				
56				
57				

Membre de l'équipe des concepteurs :

- Ergothérapeutes : Ibtihal **Tafziouine**, Houda **Ahrich**, Rania **Jessasse**, Zakaria **Ikhlef**, Mohammed **Ben dahmane**, Oumaima **Hmiri**, Zaynab **Batiss**, Nouhaila **Boulid** , Amina **Taqil**, Fatima Zahra **El ouard**, Chaimae **Mojahid**.
- Équipe projet HI : Esther **Dominguez Vega**, Fadwa **El Hajjar**.
- Anthropologue : Alvar **Jones Sanchez**.

## Annexe 5 :

### Caractéristiques des échantillons du panel d'experts

ID	Sexe	Savoir professionnel	Milieu de vie
AS 1	Homme	Assistant social	Rural
AS 2	Homme	Assistant social	Rural
E1	Femme	Ergothérapeute	Rural
ES 1	Femme	Educatrice spécialisée	Urbain
E2	Homme	Ergothérapeute	Urbain
E3	Homme	Ergothérapeute	Urbain
ES 2	Femme	Educatrice spécialisée	Rural
E4	Femme	Ergothérapeute	Urbain
E5	Femme	Ergothérapeute	Urbain
		Savoir expérientiel	Ville d'origine
Mme A	Femme	Membre du bureau d'une association en fauteuil roulant	Urbain
Mme B	Femme	Etudiante à l'université atteinte de cécité	Urbain
Mme C	Femme	Etudiante à l'université atteinte de cécité	Urbain
		Savoir Scientifique	Ville d'origine
Mme D	Femme	Ergothérapeute étudiante universitaire	Urbain

## **Annexe 6 :**

Formulaire de validation de contenu d'une partie des habitudes de vie énoncés dans l'outil en Darija:

### **❖ Caractéristique du répondant**

Sexe :

Milieu de vie :

### **1<sup>ère</sup> ronde de consultation :**

Depuis 2016 Handicap International coordonne le projet de mise en place du métier d'ergothérapie au Maroc en partenariat avec le Ministère de la Santé. L'un des objectifs du projet est de développer la formation et le métier d'ergothérapie en lien avec des standards internationaux et en répondant aux besoins de la population marocaine. Une série d'actions se sont déroulées afin de contextualiser la formation et le métier aux caractéristiques culturelles, sociales et politiques marocaines. L'élaboration d'un outil d'analyse de la situation de handicap contextualisé, est venu répondre à la nécessité de mettre à disposition des ergothérapeutes marocains des instruments cliniques respectueux et sensibles à l'hétérogénéité culturelle et sociale présente sur le territoire marocain.

### **❖ Afin de procéder à la validation de contenu de l'outil d'analyse des situations de handicap élaboré par les ergothérapeutes marocains, veuillez :**

Apprécier la représentativité de chacun des énoncés de valeur, ce qui renvoie à l'adéquation de l'habitude de vie par rapport au contexte marocain.

Une appréciation sur une échelle de 1 à 4 est souhaitée :

#### **Représentativité :**

**1 : Enoncé pas du tout représentatif**

**2 : Enoncé peu représentatif**

**3 : Enoncé plutôt représentatif**

**4 : Enoncé très représentatif**

**-) Si vous attribué 1,2,3 veuillez s'il-vous-plaît expliquer dans la partie commentaire.**

## Présentation du formulaire de validation de contenu traduit en arabe littéraire :

### الجولة الأولى من الاستشارات

منذ عام 2016، تنسق المنظمة الدولية للإعاقة مشروع إنشاء مهنة العلاج الوظيفي في المغرب بالشراكة مع وزارة الصحة. واحدة من أهداف المشروع هي تطوير التدريب والمهنة الخاصة بالعلاج الوظيفي بالارتباط بالمعايير الدولية وتلبية احتياجات السكان المغاربة. وقد تم إجراء سلسلة من الإجراءات لتعريف التدريب والمهنة بخصائص الثقافة والمجتمع والسياسة المغربية. وقد جاء إعداد أداة تحليل الوضع المعاق المحلي كرد على الحاجة لتزويد علاجي الوظيفة المغاربة بأدوات سريرية محترمة وحساسة للتنوع الثقافي والاجتماعي الموجود في الأراضي المغربية.

لتأكيد صحة محتوى أداة تحليل الوضع المعاق التي وضعها علاجيو الوظيفة المغربية، يُرجى: تقييم مدى تمثيل كل بيان قيمة، والذي يشير إلى مدى تلائم عادات الحياة مع السياق المغربي. يُرجى إجراء التقييم على مقياس من 1 إلى 4:

#### التمثيلية:

1: بيان غير ممثل على الإطلاق

2: بيان قليل الأهمية

3: بيان ممثل بشكل معتدل

4: بيان ممثل بشكل كبير

إذا قمت بتقييم 1 أو 2 أو 3، يُرجى شرح ذلك في قسم التعليقات

Habitudes de vie (en Darija)	Est-ce que cet énoncé est représentatif des habitudes de vie des marocains.es ?
Habitude de vie dans les espaces habités	
ytneql f dar	<p style="text-align: center;">1 – 2 – 3 – 4</p> <p>Commentaire :</p>
ymchi / tmchi ltoilette w ystaaml...( toilette bldia, romya, papier hygièrique, lma...)	<p style="text-align: center;">1 – 2 – 3 – 4</p> <p>Commentaire :</p>
yehtam/ thtam b nadafa dyal ljism (yeghsel yedih, yeghsel wejho, yeghsel snano, ynaqi nifo)	<p style="text-align: center;">1 – 2 – 3 – 4</p> <p>Commentaire :</p>
Yelbes hwayj o yhayedhom/ tlbess hwayeh ou yhayadhoum (yekhtar hwayjo o yaraf yelbeshom o ysed sdayef o yaaqed syour)	<p style="text-align: center;">1 – 2 – 3 – 4</p> <p>Commentaire :</p>
yghsl jismo kaml (douche, baignoire, bstel dyal ma)	<p style="text-align: center;">1 – 2 – 3 – 4</p> <p>Commentaire :</p>
Yakol / takol (ista3mel maaen dyal makla aw belyed)	<p style="text-align: center;">1 – 2 – 3 – 4</p> <p>Commentaire :</p>

Y'a t-il une habitude de vie que vous ne retrouvez pas dans la liste précédente ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? Veuillez, la ou les nommer ?

Commentaire :

Est-ce qu'il y a des habitudes de vie que vous souhaitez retirez de la liste des habitudes de vie ? Si oui, expliquez pourquoi.

Commentaire :

**Autres commentaires sur les habitudes de vie listées :**



**Annexe7 :**

Caractéristiques de l'échantillon lors du pré-test de l'étape 1 de l'outil

ID Ergo	ID P.A	Spécialité	Sexe	âge	Niveau scolaire	Milieu de vie
ER1	Mme F	Rééducation	Femme	17 ans	Sans scolarité/primaire/brevet	Urbain
	Mr A	Rééducation	Homme	40 ans	Sans scolarité/primaire/brevet	Urbain
ER2	Mr B	Rééducation	Homme	82 ans	Sans scolarité/primaire/brevet	Urbain
EP1	Mr C	Psychiatrie (ambulatoire)	Homme	46 ans	Sans scolarité/primaire/brevet	Rural
	Mr D	Psychiatrie (ambulatoire)	Homme	29 ans	Bac	Urbain
EP2	Mr E	Psychiatrie (interné)	Homme	23 ans	Bac	Rural
	Mr F	Psychiatrie (interné)	Homme	22 ans	Sans scolarité/primaire/brevet	Urbain

**Annexe 8 :**

**Fiche de calcul des IVC des énoncés et de l'outil (1<sup>ère</sup> vague de consultation)**

Énoncé	Experts													Nombre d'experts jugeant l'énoncé satisfaisant*	IVC-é
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Énoncé 1	4	4	4	4	3	1	4	4	4	4	4	4	1	11	85%
Énoncé 2	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	1	11	85%
Énoncé 3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	2	12	92%
Énoncé 4	4	3	4	4	2	3	3	3	4	2	3	4	3	11	85%
Énoncé 5	4	2	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	3	12	92%
Énoncé 6	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	13	100%
Énoncé 7	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	12	92%
Énoncé 8	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	13	100%
Énoncé 9	4	2	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	12	92%
Énoncé 10	4	2	4	4	2	2	4	3	4	2	4	4	2	8	62%
Énoncé 11	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	13	100%
Énoncé 12	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	3	4	12	92%
Énoncé 13	4	4	2	2	2	2	4	4	4	2	3	4	3	8	62%
Énoncé 14	4	3	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	12	92%
Énoncé 15	4	3	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	12	92%
Énoncé 16	4	3	4	4	2	3	2	2	3	3	3	1	4	9	69%
Énoncé 17	3	4	2	2	2	3	2	3	3	4	3	3	4	9	69%
Énoncé 18	4	3	4	4	3	3	3	2	3	4	4	3	4	12	92%
Énoncé 19	3	2	4	4	2	2	3	2	4	3	3	4	4	9	69%
Énoncé 20	4	4	4	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	12	92%

Enoncé 21	4	4	4	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	12	92%
Enoncé 22	3	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	4	4	6	46%
Enoncé 23	4	4	3	3	1	2	2	3	2	2	2	4	3	7	54%
Enoncé 24	4	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	4	3	4	31%
Enoncé 25	4	3	2	4	1	3	2	3	4	4	3	4	4	10	77%
Enoncé 26	3	4	3	3	4	4	2	3	2	4	3	3	3	11	85%
Enoncé 27		3	2	2	4	4	3	3	4	4	4	4	4	10	77%
Enoncé 28	3	3	4	4	2	2	2	3	3	2	2	3	4	8	62%
Enoncé 29	3	4	4	4	2	2	2	3	2	4	2	3	4	8	62%
Enoncé 30	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	13	100%
Enoncé 31	4	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	13	100%
Enoncé 32	4	3	4	4	4	3	3	3	2	3	3	4	4	12	92%
Enoncé 33	2	3	4	4	2	2	2	4	2	3	4	4	4	8	62%
Enoncé 34	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	13	100%
Enoncé 35	4	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	13	100%
Enoncé 36	4	3	4	4	4	2	4	2	4	3	3	4	4	11	85%
Enoncé 37	4	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	13	100%
Enoncé 38	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	13	100%
Enoncé 39	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	13	100%
Enoncé 40	4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	13	100%
Enoncé 41	4	3	4	4	4	4	2	3	2	4	3	4	3	11	85%
Enoncé 42	4	3	4	4	3	3	3	2	3	3	4	4	4	12	92%
Enoncé 43	4	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	13	100%
Enoncé 44	1	4	2	2	2	2	2	3	2	1	2	4	2	3	23%

Enoncé 45	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	2	4	1	2	15%
Enoncé 46	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	4	4	11	85%
Enoncé 47	4	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	4	3	8	62%
Enoncé 48	3	4	2	2	2	3	2	3	2	2	3	4	1	6	46%
Enoncé 49	4	4	4	4	4	2	2	3	3	2	3	4	4	10	77%
Enoncé 50	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	13	100%
Enoncé 51	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	13	100%
Enoncé 52	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	13	100%
Enoncé 53	3	3	4	4	4	4	2	3	4	4	3	4	1	11	85%
ICV-é moyen	0,812772134														
Proportion d'énoncés jugés satisfaisants par l'expert	0,92	0,906	0,83	0,8491	0,7	0,7	0,66	0,7925	0,79	0,792	0,83	0,981	0,83		
* Un énoncé est jugé satisfaisant s'il se voit attribuer la note de 3 ou de 4															

#### Code couleur :

En vert les énoncés qui ont reçu un IVC-é en dessous du seuil de 78% et qui sont candidats pour être modifiés ou reformulés.  
En rouge les énoncés qui ont reçu un IVC-é relativement bas et qui sont candidats pour être supprimés.

Annexe 9 :

Questionnaires phase pré-test de la première étape de l'outil (en Darija)

**a. Centre :**

1. Nom du centre :

**b. Caractéristiques identitaires de la personne :**

2. Sexe

3. Age

4. Qui est le répondant : -Personne

-Personne aidante (spécifier) :

**c. Caractéristique sociale de la personne :**

5. Sans scolarité/primaire/brevet

6. Bac

7. Etudes supérieurs

**d. Caractéristique sociale de la personne aidante :**

8. Sans scolarité/primaire/brevet

9. Bac

10. Etudes supérieurs

**e. Milieu de vie**

11. Urbain

12. Rural

**f. Compréhension de l'outil :**

13. Wache hade l2adat ta7lil li3a9a khalatek t3eber 3la i7tiyajate dyalek ?

Ah

La

Char7 :

14. Wache hade l2adat khallatek t3eber 3la 7tiyajate lyawmya dyalek ?

Ah

La

Char7 :

15. Wache hade l2adat khallatek takhed b3ayn li3tibar 7wayeje makentiche kat9der dirhoum felmou7it dyalek ?

Ah

La

Char7 :

**g. Implication dans l'accompagnement, facilité d'utilisation :**

16. Wache l2adat khallatek tcharek kter felmourafa9a dyalek?

Ah

La

Char7 :

17. Wache r9iti sou3oubat bache tbe3 lmarawil dyal hade l2adat ?

Ah

La

Char7 :

18. Wache kane 3ndek sou3oubat bache tjaweb 3la ba3d al as2ila?

Ah

La

Char7 :

**h. Amélioration de l'outil :**

19. Chnou houma nou9at dyal 9ouwa dyal hade l2adat?

20. Chnou binisba lik na9ess fhade l2adat ?

21. Wache 3ndek i9tira7at bache t7ssen mene hade l2adat?

AIT AMGHAR	Siham	Septembre 2023
<p style="text-align: center;">Master 2 Situations de handicap et participation sociale 2022-2023</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Promouvoir la participation sociale des personnes en situation de handicap au Maroc :</b> <b>Illustration par la validation du contenu d'un outil d'analyse de situation de handicap</b></p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique &amp; de l'Université Rennes 2</p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p><b>Introduction :</b> Alignant les pratiques ergothérapeutiques avec les nuances culturelles et politiques tant internationales que marocaines, cette étude expose le processus d'élaboration d'un outil d'analyse contextualisé visant à faciliter une meilleure participation des individus en situation de handicap. <b>Méthodologie :</b> La démarche méthodologique brosse succinctement les phases cruciales du développement de l'outil, mettant en lumière l'importance de la méthode de Lynn pour la validation du contenu, afin de garantir sa pertinence dans le contexte marocain. <b>Résultats :</b> Bien que l'outil constitue une avancée notable dans la promotion de la participation sociale au Maroc, son succès reste tributaire de l'évolution des politiques actuelles en matière de handicap, actuellement entravées par un écart significatif entre les directives officielles et la réalité vécue sur le terrain. <b>Conclusion :</b> L'outil contextualisé représente un pas significatif vers l'amélioration de la participation sociale au Maroc, mais sa mise en œuvre réussie nécessite une consolidation des politiques relatives au handicap, ainsi qu'une réduction de la discordance entre les réglementations officielles et les expériences vécues.</p> <p><b>Introduction:</b> This study introduces the creation of a contextualized analysis tool designed to facilitate better social participation of individuals with disabilities in Moroccan society, aligning occupational therapy practices with the cultural and political nuances of Morocco.</p> <p><b>Methodology:</b> The methodological approach highlights the critical phases in the development of the tool, emphasizing the significance of the Lynn method in validating content to ensure its relevance in the Moroccan context. <b>Result:</b> While the tool represents a significant step forward in boosting social participation in Morocco, its success is tied to the evolution of current disability policies, hindered by a notable gap between official guidelines and the reality on the ground. <b>Conclusion :</b> The contextualized tool is a significant stride towards enhancing social participation in Morocco but calls for a strengthening of disability-related policies for more impact.</p>		

**Mots clés :**

Participation sociale – Outil d’analyse de situation de handicap – Ergothérapie – Culture

**Keywords:**

Social Participation - Disability Situation Analysis Tool - Occupational Therapy- Culture

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*