



Mathis RIGAUD

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à
la recherche
18.05.20

L'ergothérapeute, dans la mise en place d'activités physiques auprès des personnes âgées

Sous la direction de ALBUQUERQUE Sophie et LOUIT Vincent

Je tiens sincèrement à remercier :

Sophie Albuquerque, la directrice de mon mémoire pour son accompagnement rigoureux tout au long de ce travail avec ses retours toujours aussi constructifs.

Vincent Louit, mon référent professionnel pour sa bienveillance, ses éclaircissements et sa réassurance.

Tous les ergothérapeutes ayant pris un temps précieux pour participer à cette recherche et tous les professionnels rencontrés sur le terrain pour m'avoir permis d'évoluer au cours de cette formation.

L'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie de Marseille pour leur accompagnement et apprentissages au cours de ces 3 dernières années.

Toutes les personnes de mon groupe de mémoire, merci d'avoir été vous tout simplement, ce travail aurait été différent sans vous.

Tous mes camarades de la promotion pour ces 3 belles années passées à vos côtés. Plus particulièrement à Sam, Amandine, Margaux, Mickaël et j'en oublie tellement.

Tous mes amis m'ayant aidé de près ou de loin, de leur façon. Je pense notamment à Simon, Maëva, Cris et Dylan avec qui j'ai passé le confinement mais aussi Martin, Théo et sans oublier Biga ranx, Devi Reed et l'équipe de Brigante Records pour la motivation et les bons moments passés ensemble.

Ma famille pour leur aide, leur réconfort et leur encouragement si précieux et notamment à mes grands parents pour la correction de ce mémoire.

Table des matières

1.	Introduction	1
1.1	L'émergence de la problématique professionnelle et de la thématique.....	1
1.1.1	La problématique professionnelle et la thématique	1
1.1.2	La pertinence de l'objet d'étude	3
1.2	L'émergence des critères de recherche.....	4
1.2.1	Les champs disciplinaires de la recherche	4
1.2.2	Les bases de données à utiliser pour la recherche	5
1.2.3	Les mots clés à utiliser pour l'équation de recherche	5
1.2.4	Les critères d'inclusion et d'exclusion	6
1.3	Analyse de la revue de littérature	6
1.4	Elaboration de la problématisation pratique.....	10
1.5	L'enquête exploratoire.....	11
1.5.1	Les objectifs de l'enquête exploratoire	11
1.5.2	Population de l'enquête exploratoire	12
1.5.3	Le choix de l'outil de recueil de données	13
1.5.4	Faisabilité de l'enquête exploratoire.....	14
1.5.5	Anticipation des biais et sur les stratégies à adopter pour les contrôler ou atténuer .	14
1.5.6	Construction de l'entretien semi dirigé.....	15
1.5.7	Le choix des outils d'analyse des données provenant des entretiens.....	16
1.5.8	Retranscription, traitement et interprétation des résultats	16
1.6	La question initiale de recherche	20
1.6.1	L'approche centrée sur la personne	20
1.6.2	L'autonomie.....	21
2.	Matériel et méthode.....	23
2.1	Le choix de la méthode.....	23
2.2	La population de la recherche.....	23

2.3	Choix de l’outil de recueil de données	24
2.4	Faisabilité de la recherche	24
2.5	Anticipation des biais de la recherche	25
2.6	Déroulé de l’enquête.....	25
2.7	Construction de la matrice de l’enquête	26
2.8	Le choix de l’outil de traitement des données	26
3.	Résultats	27
3.1	Présentation des ergothérapeutes.....	27
3.2	Analyse thématique des entretiens	28
4.	Discussion	32
4.1	Interprétation des résultats.....	32
4.1.1	L’approche centrée sur la personne et les résultats de l’analyse thématique.....	33
4.1.2	L’autonomie et les résultats de l’analyse thématique	34
4.1.3	Elément de réponse à la question de recherche	35
4.2	Critique du dispositif de recherche	36
4.3	La portée des résultats de la recherche	37
4.4	Les perspectives de la recherche	38
4.5	Conclusion de cette recherche	38
5.	Bibliographie.....	41
6.	Annexe	45

1. Introduction

1.1 L'émergence de la problématique professionnelle et de la thématique

1.1.1 La problématique professionnelle et la thématique

Mes deux premiers stages lors de la formation d'ergothérapie ont eu lieu en gériatrie. Le premier a lieu en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Le deuxième a lieu en équipe spécialisée Alzheimer (ESA) (1). Dans ces stages lorsque j'abordais le terme d'activité physique avec les patients, une grande majorité me répondait qu'ils en pratiquaient de moins en moins. L'activité physique se caractérise selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « tout mouvement produit par les muscles squelettiques responsables d'une augmentation de la dépense énergétique (la dépense énergétique est supérieure à celle au repos) ». L'activité physique peut se retrouver dans les activités sportives, de la vie quotidienne, dans les loisirs. Selon le Ministère français des solidarités et de la santé « l'activité physique est un comportement caractérisé par un certain nombre de paramètres mesurables (fréquence, durée, intensité, type de pratique) » (2,3). Les principales causes de cette diminution du nombre d'heure à pratiquer des activités physiques selon ces personnes âgées sont : l'apparition de maladie, de difficulté, le manque de motivation, la redondance des activités physiques. Une étude s'interroge sur la pratique hebdomadaire d'activité physique pour les personnes ayant plus de soixante ans. Sur les 188 participants, 39,9% pratiquent moins de 150 minutes d'activité physique par semaine. (4). L'OMS recommande aux personnes âgées (selon l'OMS ce sont les personnes ayant plus de 65 ans) de pratiquer au moins 150 minutes d'activités physiques d'endurance d'intensité modérée par semaine (5). L'OMS informe que ce temps passé à pratiquer des activités physiques permet aux personnes âgées de rester en bonne santé (6). Les participants de l'étude ont en moyenne un niveau de détermination à pratiquer des activités physiques élevées.

Je me demande pourquoi malgré la motivation, deux personnes âgées sur cinq sont en dessous du seuil d'activité physique hebdomadaire recommandé par l'OMS ? Quelles sont les conséquences de l'inactivité physique chez les personnes âgées ?

L'inactivité physique entraîne de nombreuses conséquences sur la santé des personnes âgées (7). L'inactivité physique est l'une des causes de la sarcopénie. La sarcopénie se définit comme une diminution progressive et élevée de la masse, de la force et de la qualité musculaire. La sarcopénie est inscrite dans la Classification Internationale Mondiale (CIM). Avec l'avancée en âge, tout le monde subit un déclin musculaire. Ce déclin musculaire doit être traité. Sans

traitement ce déclin entraîne la sarcopénie. Les mécanismes de survenue de la sarcopénie sont nombreux et sont liés au vieillissement. Les conséquences de la sarcopénie sont la diminution de la performance fonctionnelle, l'entrée en dépendance et l'apparition du syndrome de fragilité. Ce syndrome augmente le risque d'apparition d'évènements péjoratifs pour la personne âgée comme les chutes, le placement en institution et la mort. (8–10)

L'ergothérapeute peut-il éviter l'apparition de la sarcopénie chez les personnes âgées ? Qu'est-ce que l'ergothérapeute peut mettre en place pour éviter l'apparition de la sarcopénie ? Selon les différentes études sur la sarcopénie, l'un des principaux traitements de cette maladie est l'activité physique (8–10). Ainsi la problématique professionnelle de cette recherche est la suivante. Comment l'ergothérapeute peut favoriser la pratique d'activité physique régulière et maintenue dans le temps chez les personnes âgées pour prévenir la sarcopénie ?

La thématique de cette recherche est la suivante : la pratique en ergothérapie d'activité physique chez les personnes âgées. Légalement l'ergothérapeute peut mettre en place des activités physiques si elles rentrent dans ce type d'activité : « activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisir ou de travail » (11,12) . L'ergothérapeute a sa place et sa singularité parmi les autres paramédicaux pour plusieurs raisons :

- L'ergothérapeute est un professionnel de l'activité. Nos sciences sont basées sur l'activité humaine et sur l'occupation. Il y a plusieurs types d'activités : créatives, artisanales, de construction, de relaxation, physique. Ainsi nous sommes formés à mettre en place des activités physiques. (12).
- L'ergothérapeute peut mettre en place des moyens de compensation pour contourner le handicap des personnes âgées. Avec ces compensations, il facilite le maintien où la reprise de l'activité physique. (12)
- L'ergothérapeute repère et utilise les activités physiques significatives pour motiver la personne à en pratiquer. (13).
- L'ergothérapeute a la possibilité de promouvoir et développer les activités physiques en les expérimentant en situation écologique (13).
- L'ergothérapeute est formé à aménager l'environnement du patient. Il analyse les freins environnementaux à la mise en place d'activité physique. Ensuite il aménage l'environnement pour supprimer ces freins. (12)

1.1.2 La pertinence de l'objet d'étude

Pour argumenter l'intérêt de ces thématique et problématique, il faut démontrer la pertinence de l'objet d'étude. Cela grâce à la question sociale vive¹, ses enjeux² et son utilité³.

Pour la question sociale vive en France, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) dans une étude démontre que le pourcentage de personnes âgées en France a fortement augmenté depuis 1950. En 2005 les personnes âgées représentent 16,4% de la population française. L'INSEE a fait des projections pour 2050. Il y aurait 29% de la population française qui auraient plus de 65ans (14). Le pourcentage de population âgée en France augmente et continuera d'augmenter. Est-ce que cette situation se passe uniquement en France ? Selon l'OMS, la population de plus de soixante ans en 2000 est de 11% (605 millions). Les projections pour 2050 sont de 22% (15). Le pourcentage de personnes âgées augmentera dans le monde. Ainsi le vieillissement concerne l'ensemble de la planète. Le vieillissement de la population est donc d'actualité.

Plusieurs études françaises ou mondiales démontrent les multiples enjeux liés aux vieillissement de la population mondiale. Par exemple selon l'OMS, le vieillissement fait apparaître des maladies complexes nouvelles. Elles sont regroupées en syndrome gériatrique. D'autres problèmes de santé peuvent apparaître (arthrose, diabète, démence ...) (16). En vieillissant, les personnes risquent plus de souffrir de plusieurs problèmes de santé en même temps. Selon une étude de l'INSEE, en France, les personnes âgées pratiquent plus d'activités culturelles que les jeunes personnes (hormis les activités artistiques) (14). La tranche d'âge étant la plus inscrite à au moins une association est de 60 à 69 ans, suivi par ceux de 70 à 79 ans (14). Grégory Ponthière, professeur en économie, s'est intéressé à l'influence du vieillissement de la population sur la croissance économique. Il en a déduit que l'influence est ambiguë. En effet elle dépend de nombreux facteurs. Comme le rapport d'actifs et inactifs dans la population (17).

L'utilité de ce travail de recherche s'adresse principalement aux ergothérapeutes. Cette recherche participe à éclairer les ergothérapeutes travaillant en gériatrie. Ceux-ci pourraient mieux comprendre comment mettre en place des activités physiques auprès de personnes âgées. A long terme ce travail permettrait d'avoir une population âgée en meilleure santé.

¹ La question sociale vive cherche à savoir si le sujet d'étude est d'actualité, si cela intéresse les chercheurs, la société ...

² Quels sont les enjeux scolaire, politique, de santé et santé publique, sociologique, économique... ?

³ Quelles sont les utilités de cette recherche pour les ergothérapeutes ?

1.2 L'émergence des critères de recherche.

Les critères de recherche à déterminer sont les champs disciplinaires de la recherche (les sciences, les champs d'études ...) les bases de données liées à mon sujet, les mots clés à utiliser dans les bases de données et les critères d'inclusion et d'exclusion des articles.

1.2.1 Les champs disciplinaires de la recherche

Les champs disciplinaires liés à la problématique professionnelle et la thématique sont les suivants :

- La santé se définit selon l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (18)
La recherche a pour objectif de démontrer en quoi l'activité physique est un moyen de prévention de la sarcopénie chez la personne âgée. La sarcopénie se caractérise par une perte progressive et élevée de la masse, de la force et de la qualité musculaire (10). La sarcopénie empêche un état de complet bien-être physique. Elle empêche donc la santé.
- La santé publique se définit comme l'étude des déterminants de la santé et l'ensemble des actions visant à améliorer la santé, la qualité de vie et l'espérance de vie de la population (19). L'objectif de cette recherche vise à conserver un état de bien-être physique et donc conserver une partie de la santé de la population âgée.
- La prévention de la santé consiste à éviter l'apparition, le développement et l'aggravation de maladie ou d'incapacité. Il y a la prévention primaire, secondaire et tertiaire. (19)
- La gérontologie est l'étude des processus du vieillissement et des problèmes que rencontrent les personnes âgées.
- La science de l'occupation est utilisée par les ergothérapeutes. Les occupations regroupent les activités ayant une valeur socioculturelle et personnelle. Les occupations sont classées en soins personnels, loisirs et productivité (20). Cette science de l'occupation s'intéresse à tous les paramètres liés à l'occupation. Telles que la structure, les fonctions et caractéristiques de l'occupation ainsi que les interactions avec les environnements, la manière de réaliser l'activité, l'importance de l'occupation pour la santé, la qualité de vie ...

- La physiologie est l'étude des fonctions ainsi que les propriétés des tissus des êtres vivants. Cela rassemble les muscles, les os, le cœur, le cerveau ... Pour comprendre comment le corps humain des personnes âgées réagit à l'activité physique il faut s'intéresser à la physiologie. (21).

1.2.2 Les bases de données à utiliser pour la recherche

Les champs disciplinaires trouvés plus tôt permettent de choisir les bases de données les plus pertinentes. Ainsi les bases de données pertinentes pour la recherche sont :

- Cairn, une base de données française où l'on trouve de nombreux articles sur la santé et les différentes activités physiques.
- Science direct, une base de données avec des revues anglaises et françaises liées à la recherche
- Google scholar, la base de données de Google. Celle-ci regroupe une grande quantité d'ouvrages sur tout thème et langue.
- Cochrane, une base de données regroupant des ouvrages sur la santé en anglais et espagnol.
- Summon, la base de données de l'université Aix-Marseille. Les articles traitent de nombreux thèmes dans de nombreuses langues.

1.2.3 Les mots clés à utiliser pour l'équation de recherche

Il faut choisir les mots clés les plus pertinents pour trouver les articles les plus pertinents à la thématique et à la problématique. Les mots clés sont trouvés grâce à deux thesaurus (MESH et rameaux). Ils sont :

- L'activité physique : les termes plus spécifiques sont exercice physique et activité sportive. Les termes plus globaux sont activité motrice, mouvement et phénomènes physiologiques du système locomoteur. En anglais il se traduit par « physical activity ».
- L'ergothérapie : les termes plus globaux sont : « professions paramédicales » « réadaptation » et « profession de santé ». En anglais il se traduit par « occupational therapy ».

- Les personnes âgées : les termes plus globaux sont : sujet âgé et adulte. Les termes plus spécifiques sont les personnes âgées fragiles, personnes âgées vieillissantes et les personnes très âgées. En anglais il se traduit par « aged » ou « older ».
- La sarcopénie : Le terme plus global est l'amyotrophie. En anglais il se traduit par « sarcopenia ».
- La prévention : Les termes plus globaux sont médecine préventive et santé publique. En anglais il se traduit par « prevention ».

Grâce aux mots clés et aux bases de données sélectionnées, il s'agit de faire une équation de recherche. Les résultats de l'équation de la recherche se trouvent en annexe 1.

1.2.4 Les critères d'inclusion et d'exclusion

Une fois l'équation de recherche faite, il s'agit de déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion des articles. Les critères d'inclusion et d'exclusion permettent d'avoir une équation de recherche encore plus pertinente.

Les critères d'inclusion choisis par rapport à cette thématique et la problématique sont qu'il doit y avoir la notion d'ergothérapie, de personnes âgées et d'activité physique dans l'article. Les termes spécifiques, globaux ou en anglais écrits dans la partie précédente sont inclus dans la recherche. La notion de prévention et de sarcopénie n'est pas obligatoire car souvent des articles pertinents ne se retrouvent pas dans l'équation de recherche.

Il y a deux critères d'exclusion des articles. Si les articles ne sont pas scientifiques ou professionnels, ils ne seront pas utilisés. Pour savoir si les articles sont scientifiques, il faut utiliser le tableau de l'annexe 2. Si les articles ne sont pas récents ils ne seront pas utilisés. La science évolue en permanence. Ce qui était vrai avant peut être faux maintenant. Ainsi les articles avant 2005 ne seront pas utilisés.

1.3 Analyse de la revue de littérature

Pour rappel, la problématique professionnelle est : comment l'ergothérapeute peut favoriser la pratique d'activité physique régulière et maintenue dans le temps chez les personnes âgées pour prévenir la sarcopénie ? Les différentes études actuelles démontrent de multiples bénéfices sur la santé à pratiquer de l'activité physique pour les personnes âgées (22,23). Dans cette

analyse de revue de littérature, l'objectif est d'analyser où en est la recherche par rapport à cette problématique professionnelle.

L'étude ayant permis d'appuyer le point de rupture du sujet démontre que sur 188 participants (ayant plus de 60 ans), 39,9 % ne pratiquent pas suffisamment d'activité physique. Leur temps passé à pratiquer des activités physiques dans la semaine est inférieure aux recommandations de l'OMS. L'étude montre que la majorité des participants ont un niveau de motivation à pratiquer des activités physiques important. Quelles sont les raisons qui font qu'une partie des personnes âgées ne pratique pas suffisamment d'activité physique par semaine ? Comment l'ergothérapeute peut favoriser la mise en place d'activité physique régulières et maintenues dans le temps chez les personnes âgées pour prévenir la sarcopénie ?

5 études scientifiques vont être utilisées. La cinquième est trouvée après l'enquête exploratoire.

La première étude traite des moyens qu'ont les ergothérapeutes pour promouvoir l'activité physique signifiante et maintenue dans le temps auprès de personnes âgées. Cette étude est rédigée aux Etats-Unis en 2013 par Janssen et al. (24)

La deuxième étude s'intéresse aux moyens qu'ont les professionnels de santé pour motiver et améliorer l'adhésion des personnes âgées à pratiquer des activités physiques. Elle est rédigée en Suède en 2011 par Lisbeth et al. (25)

La troisième étude traite de la promotion de l'activité physique structurée et/ou intégrée à la vie quotidienne chez les personnes âgées vivant à domicile. C'est un article rédigé par Mettler et al. en Suisse en 2011. (26)

La quatrième étude traite des bienfaits et de la promotion des activités physiques et sportives. Cet article est écrit par Depiesse en France en 2009. (27)

La cinquième étude traite de la promotion de l'activité physique auprès des personnes âgées. C'est un article rédigé par Miller et al aux Etats-Unis en 2017. (28)

Le premier, le deuxième et le cinquième article évoquent les barrières freinant les personnes âgées à pratiquer des activités physiques. Selon le premier article, les barrières sont : l'accessibilité du lieu de pratique, les transports jusqu'au lieu de pratique, la météo, les limitations physiques, la peur de tomber et la perte de motivation. (24). Selon le deuxième article, les barrières sont : la diminution de l'état de santé, le manque de motivation, la peur de tomber, un manque de savoir sur les bénéfices à pratiquer des activités physiques, des expériences négatives (activités non adaptées, trop douloureuses, trop dures ...) ne pas aimer les activités de groupe, l'environnement non adapté, les saisons, l'accessibilité du lieu de pratique. (25). Les barrières dans le 3^{ème} article sont celles liées au vieillissement (par exemple

la diminution de l'acuité visuelle, les douleurs et limitations articulaires), la peur de chuter, le manque de motivation, l'environnement et ne pas considérer l'activité physique comme bénéfique. (28). Les deux articles se complètent pour faire ressortir plusieurs barrières à la pratique d'activité physique chez la personne âgée. A l'inverse des barrières, il y a des facteurs motivant la pratique de l'activité physique chez la personne âgée.

Le premier, le deuxième, le troisième et le cinquième article évoquent les facteurs motivant la pratique de l'activité physique chez la personne âgée ? D'après le premier article, les facteurs motivants sont : favoriser le contrôle par les personnes âgées de leur activité physique, avoir un professionnel compétent et personnalisant la pratique d'activité physique, apprendre les bénéfices à pratiquer des activités physiques, adapter l'activité physique par rapport aux limitations (les risques de douleur, chute et de blessure, les transports et l'argent) et aux capacités (l'activité physique ne doit pas être trop dure ou trop simple), être motivé et être satisfait (suite à la pratique ou aux résultats liés à la pratique). (24). Selon le deuxième article, les facteurs motivants sont : percevoir les bénéfices de la pratique (comme le plaisir, l'amélioration de la santé et de l'indépendance), pratiquer l'activité en groupe, avoir un programme d'activité physique bien organisé, avoir confiance en soi, le support des professionnels de santé, connaître les bénéfices à pratiquer des activités physiques, avoir la volonté d'aller mieux, se préoccuper de sa santé. (25). Le troisième article évoque les facteurs améliorant l'adhésion à des activités physiques pour les personnes âgées vulnérables. D'après le troisième article, les facteurs sont : être supervisé par un ergothérapeute, la mise en place d'activité physique ludique et groupale, avoir confiance en soi, mettre en évidence les barrières liées à la pratique d'activité physique. (26). Dans le cinquième article, les facteurs motivants sont le choix d'une activité physique ludique, significative et intégrable dans la vie quotidienne. (28). Ainsi il existe des facteurs motivants et des barrières personnelles à la pratique d'activité physique chez la personne âgée. Comment les ergothérapeutes peuvent prendre en compte ces facteurs pour favoriser la mise en place d'activité physique régulière chez la personne âgée ? Existe-t-il d'autres actions que l'ergothérapeute peut mettre en place pour atteindre cet objectif ? Si oui, lesquelles ?

Ces 5 études évoquent d'autres actions à mettre en place par l'ergothérapeute pour favoriser la mise en place et le maintien d'activité physique chez les personnes âgées.

Les ergothérapeutes doivent évaluer :

- les facteurs motivants et les barrières de la personne âgée (24).
- les capacités, la motivation, les souhaits et les valeurs de la personne âgée (24).

Evaluer les facteurs motivants permet d'augmenter leurs puissances et évaluer les barrières permet de trouver des stratégies pour les contourner (24). Evaluer les capacités permet d'adapter l'activité physique aux capacités de la personne âgée et d'avoir dans le groupe des individus ayant des capacités similaires (24) (25). Evaluer la motivation, les souhaits et les valeurs de la personne âgée permet de mettre en place des activités physiques significatives, ludiques et respectant les valeurs de la personne âgée (24)

Le cinquième article décrit une approche créée par Resnick et Boltz visant à modifier la perception des personnes dans tous les contextes. Cette approche est composée de 4 étapes pour l'activité physique. La première étape vise à modifier l'environnement. La deuxième consiste à éduquer les personnes âgées et les professionnels de santé aux avantages de l'activité physique. La troisième permet d'élaborer des objectifs créés avec la famille et l'équipe intervenante pour les activités physiques. La dernière étape consiste à former et motiver une personne pour soutenir les personnes âgées et la mise en place de cette approche. (28).

Selon le premier article, l'ergothérapeute devrait modifier continuellement l'approche et le type d'activité physique mis en place (25). Selon le deuxième article, l'ergothérapeute devrait informer et éduquer la personne âgée à comment initier des exercices en groupe (25). Selon le troisième article, l'ergothérapeute devrait mettre en place des séances de conseils en groupe, appeler régulièrement les individus du groupe et superviser la pratique d'activité physique de la personne âgée (26). Selon l'étude de Janssen et al., l'ergothérapeute devrait valoriser les changements positifs dans les activités de la vie quotidienne de la personne et faire des feedbacks (24). D'après le premier article l'ergothérapeute démarche des partenaires dans les centres pour personnes âgées et les centres de fitness (24).

Selon le quatrième article, l'ergothérapeute doit favoriser la modification du comportement de la personne âgée vis-à-vis de l'activité physique (27). Pour cela l'ergothérapeute utilise une approche : le counseling. Cette approche se base sur les stades du changement de comportement. Pour la pratique d'activité physique, il y a 5 stades de changement. Il y a le stade 1 (indifférent à la pratique d'activité physique), le stade 2 (réfléchit à devenir actif mais pour l'instant la personne est passive), le stade 3 (programme de pratiquer des activités physiques), le stade 4 (la personne pratique suffisamment d'activité physique), le stade 5 (l'activité physique est rentrée dans les habitudes de vie de la personne). Les personnes âgées passent d'un stade à l'autre de manière cyclique avec des allers retours. L'ergothérapeute accompagne la personne âgée à atteindre et rester au stade 5 mais aussi de rendre le patient expert et autonome vis-à-vis de la pratique d'activité physique. Pour y arriver l'ergothérapeute devrait mettre en place des séances de sensibilisation, d'encouragement, de conseil et avoir un

positionnement précis (26,27). Le positionnement de l'ergothérapeute doit respecter l'évolution et le ressenti de la personne âgée ainsi qu'être dans une attitude empathique et positive. Le contenu des séances de sensibilisation, d'encouragement et de conseil va varier en fonction du stade où se trouve la personne. Par exemple au stade 1, le contenu vise à augmenter leur prise de conscience et à l'encourager à pratiquer des activités physiques. Tandis qu'au stade 4 et 5, le contenu vise à favoriser la diversité d'activité physique et prévenir les rechutes. (27). Les 5 articles se complètent et se corroborent pour répondre à la question : comment l'ergothérapeute peut favoriser la mise en place d'activité physique régulière et maintenue dans le temps chez les personnes âgées pour prévenir la sarcopénie ?

Cette analyse de la revue de littérature permet de savoir où en est la recherche en lien avec la problématique professionnelle. Pour rappel la problématique professionnelle est : Comment l'ergothérapeute peut favoriser la pratique d'activité physique régulière et maintenue dans le temps chez les personnes âgées pour prévenir la sarcopénie ? Les articles utilisés permettent de donner aux ergothérapeutes plusieurs pistes pour favoriser la pratique d'activité physique régulière et maintenue dans le temps. Cependant très peu d'études s'intéressent à la manière de mettre en place des activités physiques avec les personnes âgées. Actuellement les études s'intéressent plus aux bénéfices à pratiquer des activités physiques pour les personnes âgées et peu à la manière de favoriser la pratique d'activité physique.

1.4 Elaboration de la problématisation pratique

Avec l'analyse de la revue de la littérature, des résultats sont mis en évidence pour aider les ergothérapeutes à favoriser la pratique d'activité physique régulière et maintenue dans le temps chez les personnes âgées pour prévenir la sarcopénie. Des questionnements persistent à la suite de l'analyse de littérature. Dans la revue de littérature il est dit qu'il faut évaluer les capacités, les facteurs motivants et les barrières à la mise en place d'activité physique, les souhaits, la motivation et les valeurs des personnes âgées. Seulement comment les ergothérapeutes évaluent ces facteurs ? Existe-t-il des évaluations standardisées de ces facteurs pour les personnes âgées ? Une fois les résultats de l'évaluation obtenus comment l'ergothérapeute s'en sert dans sa pratique ? Dans les recommandations d'activité physiques pour les personnes âgées, de nombreux bénéfices à cette pratique sont cités. Pourquoi malgré l'importance de pratiquer des activités physiques pour leur santé les personnes âgées n'en pratiquent pas suffisamment ? Les

ergothérapeutes devraient se demander si les personnes âgées connaissent les bénéfices à pratiquer des activités physiques. Comment les ergothérapeutes peuvent aider les personnes âgées à comprendre l'intérêt de pratiquer des activités physiques ? Dans cette revue de la littérature des articles d'autres pays sont analysés. La pratique des ergothérapeutes est probablement différente en fonction des pays. Ce qui est avancé dans certains articles peut-il se transférer à la pratique des ergothérapeutes français ? De plus la revue de la littérature est majoritairement théorique. Existe-t-il une différence entre la théorie décrite dans les articles et la réalité sur le terrain français ? Ainsi quelles sont les actions en France que l'ergothérapeute peut mettre en place sur le terrain pour favoriser l'adhésion des personnes âgées à la pratique d'activité physique ? Pour que les personnes âgées pratiquent des activités physiques il faut au préalable en mettre en place. La mise en place d'activité physique constitue la première étape. Mais comment en France les ergothérapeutes peuvent favoriser la mise en place d'activité physique pour les personnes âgées ? Dans la revue de littérature une approche pour modifier le comportement des personnes est utilisée. Cette approche s'appelle le counseling. L'objectif est qu'elles passent d'un comportement d'indifférent à la pratique d'activité physique à un comportement où l'activité physique est rentrée dans les habitudes de vie. Pour favoriser la modification du comportement l'ergothérapeute a un rôle d'accompagnant. (27). Pour pratiquer le temps d'activité physique par semaine recommandé par l'OMS, il est important de pratiquer ces activités régulièrement.

Ainsi il en vient à élaborer la problématique pratique : Comment en France les ergothérapeutes peuvent accompagner les personnes âgées pour la mise en place d'activité physique régulière ?

1.5 L'enquête exploratoire

1.5.1 Les objectifs de l'enquête exploratoire

Il y a deux catégories d'objectifs pour cette enquête exploratoire : les objectifs spécifiques et généraux.

Dans les objectifs généraux il y a :

- Confronter l'état des lieux de la littérature à l'état des lieux des pratiques
- Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche
- Jauger la pertinence et la vivacité de la question de recherche

- Faire l'état des lieux des pratiques sur une question où il n'y a pas de littérature professionnelle et de recension actualisée
- Palier des études insuffisamment ciblées ou trop larges

Dans les objectifs spécifiques il y a :

- Savoir les différentes étapes que l'ergothérapeute utilise pour accompagner les personnes âgées à la mise en place d'activités physiques.
- Savoir les outils et techniques utilisés par les ergothérapeutes pour accompagner les personnes âgées à la mise en place d'activités physiques.
- Connaître les outils et techniques que les ergothérapeutes utilisent pour motiver les personnes âgées à mettre en place des activités physiques.
- Savoir les actions utilisées par les ergothérapeutes pour favoriser l'adhésion des personnes âgées à des activités physiques régulières.
- Savoir comment les ergothérapeutes travaillent en équipe dans cette pratique.

1.5.2 Population de l'enquête exploratoire

La population concernée par cette enquête exploratoire est les ergothérapeutes français. Plus précisément ce sont aux ergothérapeutes travaillant en gériatrie et accompagnant les personnes âgées à mettre en place des activités physiques régulières.

Cette population à interroger se trouve dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), services de soin et de réadaptation (SSR gériatrique), accueil de jour et en libéral. Pour trouver cette population il existe plusieurs options. Il est possible de communiquer sur les groupes d'ergothérapeutes présent sur facebook (mémoire ergothérapeute, ergothérapeute en EHPAD ...). Il est pertinent de demander des contacts à son référent professionnel et à 2 associations françaises d'ergothérapeutes. La première est l'Association française des ergothérapeutes en gériatrie (AFEG). La deuxième se trouve être l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE). L'ANFE possède au moins un délégué territorial par région visant entre autres à établir un état des lieux du terrain. Ainsi ils pourront donner des contacts d'ergothérapeutes à interroger. L'ANFE renseigne l'adresse mail de chaque délégué territorial. La dernière option est de contacter les différentes structures gériatriques environnantes pour obtenir le contact des ergothérapeutes y travaillant.

Après obtention d'une liste d'ergothérapeutes possiblement interrogeables il faut élaborer des critères d'inclusion et d'exclusion à la recherche. Ces critères vont permettre

d'inclure et d'exclure les ergothérapeutes à la recherche. Les critères d'inclusions sont les suivants :

- L'ergothérapeute doit travailler dans l'une des structures précédemment citées
- L'ergothérapeute doit être dans une démarche d'accompagnement auprès des personnes âgées pour la mise en place d'activités physiques.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- L'ergothérapeute ne travaille pas auprès de personnes âgées
- L'ergothérapeute se sert de l'activité physique comme un moyen pour atteindre un objectif de rééducation (par exemple améliorer la force de l'épaule droite).

En effet dans cette enquête exploratoire la mise en place d'activités physiques est placée comme un moyen pour atteindre l'objectif : la prévention de la sarcopénie.

1.5.3 Le choix de l'outil de recueil de données

L'outil de recueil de données utilisé pour cette enquête exploratoire est l'entretien semi dirigé. L'entretien semi dirigé est une méthode qualitative visant à amener l'interviewé à communiquer de nombreuses informations fiables, de qualité, et détaillées. Les informations transmises renseignent les connaissances, pensées et émotions de la personne. Sur un sujet c'est un outil influençant peu les réponses où donc certains biais sont diminués (29,30). L'entretien semi dirigé vise à vérifier et approfondir des connaissances sur un sujet à un instant T (31). L'un des objectifs de l'enquête exploratoire est de confronter l'état des lieux de la recherche avec l'état des lieux de la pratique. Entre autres l'intérêt est de vérifier s'il y a des similarités ou différences entre la théorie et la pratique sur ce sujet. Les objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire ont des points de vue différents par rapport à la revue de littérature. Par exemple dans l'enquête exploratoire un intérêt est placé à la place de l'ergothérapeute dans l'équipe. Dans la revue de littérature rien n'est spécifié sur le travail en équipe et la place de l'ergothérapeute. Cette enquête exploratoire vise aussi à approfondir des connaissances sur un sujet à un instant T. L'entretien semi dirigé semble être l'outil de recueil de données le plus pertinent pour cette enquête exploratoire.

1.5.4 Faisabilité de l'enquête exploratoire

L'objectif de cette sous-partie est de savoir si l'enquête est faisable (par rapport à la loi et financièrement).

La loi Jardé s'applique ou non sur les enquêtes impliquant la personne humaine. L'objectif est de savoir si cette loi s'applique sur cette recherche ou non. Mais aussi de savoir les démarches administratives à réaliser pour être en règle. Cette enquête implique la personne humaine (saine ou malade) et elle est pratiquée sur ces personnes. Cependant l'enquête n'a pas en vue de développer des connaissances biologiques ou médicales. Elle a en vue d'interroger la pratique des ergothérapeutes concernés. Alors la loi Jardé ne s'applique pas dans cette enquête. (32)

Cependant il est nécessaire d'avoir un recueil de non-opposition des participants et l'accord écrit des responsables de la structure encadrante. Ces démarches sont facilement réalisables. Ainsi l'enquête exploratoire est faisable par rapport à la loi. (32)

Il est possible de faire un entretien via une présence physique, via un appel vidéo ou via un appel téléphonique. Le coût de l'enquête va dépendre de la modalité de l'entretien. Si c'est un appel vidéo ou téléphonique le coût de l'enquête sera nul. L'enquête est faisable économiquement.

1.5.5 Anticipation des biais et sur les stratégies à adopter pour les contrôler ou atténuer

Un biais en recherche signifie une déformation des données transmises. Les biais en recherche sont systématiquement présents. L'objectif est de les atténuer au maximum pour ne pas perdre la scientificité de l'écrit (33). Voici une liste des différents biais pouvant être présents dans cette recherche et comment les contrôler, les atténuer :

- Le biais de subjectivité est présent lorsque l'enquêteur suggère à l'interviewé les réponses qu'il souhaite avoir. Ou bien lorsque l'enquêteur interprète les réponses données par l'interviewé dans le sens souhaité. Pour atténuer ce biais l'enquêteur doit prendre en considération les informations allant à l'encontre de ses conceptions et se remettre en question. (33)
- Le biais de sélection se retrouve dans un entretien semi dirigé car l'échantillon d'interviewé est faible. Ce biais a lieu aussi lorsque les interviewés ne rentrent pas dans

les critères d'inclusion de la recherche. Ces 2 échantillons ne représentent pas la population étudiée. Pour atténuer ce biais il faut au préalable obtenir des informations sur les interrogés pour savoir s'ils sont représentatifs de la population. (33)

- Le biais affectif est présent lorsque nos sentiments et émotions (positives ou négatives) influencent l'analyse des résultats de l'enquête. Pour contrôler ce biais il faut prendre conscience et prendre du recul sur ses sentiments et émotions. (33)
- Le biais méthodologique se retrouve dans deux situations. Lorsque notre recueil de données est insuffisant, incomplet ou difficile. Pour l'atténuer il faut prendre du temps et mobiliser des moyens efficaces pour analyser, traiter et collecter les données. Lorsque nos questions sont mal formulées. Pour l'atténuer il faut poser des questions neutres, précises, courtes, simples et sans ambiguïté. Les questions ne doivent pas être orientées, sensibles ou agressives. Les réponses ne doivent pas être orientées et influencées. (33)
- Le biais de langage utilisé est présent lorsque l'enquêteur et l'interviewé n'ont pas les mêmes vocabulaires et définitions pouvant mener à des incompréhensions et des fausses réponses. Pour atténuer ce biais il est nécessaire de définir les mots pouvant avoir différentes significations (activité physique, occupation, autonomie ...). (33)

1.5.6 Construction de l'entretien semi dirigé

Afin de construire l'entretien semi dirigé, une matrice sera utilisée. Cette matrice vise à répertorier le nombre de questions, l'intitulé de la question, la modalité de réponse (ouverte ou fermée) et les objectifs (ils renvoient aux objectifs de l'enquête exploratoire). En utilisant un entretien semi dirigé il y aura une question d'entame et d'autres questions issues du « guide d'entretien ». Le guide d'entretien est un outil d'aide-mémoire où l'enquêteur répertorie l'ensemble des thèmes à aborder sous forme de questions ou non. La particularité de l'entretien semi dirigé est que son cadre est semi-rigide : l'enquêteur sait les thèmes qu'il veut aborder mais il laisse l'interviewé sortir légèrement du cadre pour récolter des informations non pensées avant l'entretien. Pour permettre à l'interviewer d'être libre de sortir ou non du cadre, les questions doivent être ouvertes. De ce fait le temps de réponse est long. La durée de l'entretien ne doit pas s'éterniser, il y a peu de questions (29,30). Lors de la construction de la matrice, l'enquêteur doit porter attention aux biais et aux stratégies pour les atténuer. La matrice de cette enquête exploratoire se trouve en Annexe 3.

1.5.7 Le choix des outils d'analyse des données provenant des entretiens.

Pour l'enquête exploratoire la retranscription des données n'est pas obligatoire et ne sera pas utilisée par le chercheur. La retranscription permet d'atténuer le biais méthodologique. Cependant ce travail de retranscription demande beaucoup de temps et ce n'est pas la priorité de l'enquête exploratoire. Uniquement les données pertinentes des entretiens seront retranscrites question par question pour former un « corpus ». Les données pertinentes sont retranscrites après plusieurs écoutes attentives des entretiens.

Pour la phase de traitement des données, l'analyse thématique est utilisée. Cette analyse a pour but de reformuler, synthétiser et regrouper les données dans des thèmes et sous thèmes. La première étape est de faire ressortir du corpus les thèmes et sous thèmes. Les thèmes doivent être représentatifs du contenu du corpus et être en lien avec la question de l'enquête. La deuxième étape, nommée codage thématique, vise à rentrer les parties du corpus dans les thèmes correspondants. (34) et (35). La troisième étape consiste à créer la matrice des entretiens. En colonne sont placés les différents thèmes. En ligne sont placés les différents ergothérapeutes interviewés.

S'ensuit la phase d'interprétation des données. La quatrième étape consiste à interpréter les résultats avec une lecture horizontale (lecture d'un entretien puis d'un autre ...). Cette lecture permet de vérifier si des erreurs, incohérences, oublis ont lieu pendant les étapes précédentes et de comparer la pratique entre chaque ergothérapeute. La cinquième étape consiste à interpréter les résultats avec une lecture verticale (lecture d'un thème à un thème). Cette lecture permet d'identifier les ressemblances, oppositions, similarités, convergences et divergences entre les ergothérapeutes pour chaque thème. Lors de ces dernières étapes l'enquêteur est nécessairement subjectif. L'enquêteur devra veiller à sa subjectivité et se relire pour atténuer le biais de subjectivité. (36).

Pour finir cette sous-partie l'enquêteur devra confronter les résultats de l'enquête exploratoire avec ceux de la revue de littérature.

1.5.8 Retranscription, traitement et interprétation des résultats

Les données pertinentes par rapport à l'enquête exploratoire sont retranscrites question par question. Les résultats des questions sont traités par entretien pour former le corpus. Le corpus se trouve en annexe 4.

Une fois le corpus réalisé l'enquêteur doit en faire sortir des thèmes et des sous-thèmes. Une relecture des réponses des questions est faite entretien par entretien pour faire émerger des thèmes. Les thèmes présents dans les deux entretiens sont gardés. Une nouvelle écoute des entretiens à lieu pour vérifier la pertinence de ces thèmes et pour atténuer le biais de subjectivité. Les sous thèmes doivent être en lien avec leurs thèmes respectifs et se retrouver dans au moins un entretien. Ainsi les thèmes et sous-thèmes émergeant de l'enquête exploratoire sont les suivants :

- L'évaluation avec comme sous thèmes : les activités, l'environnement et les facteurs personnels
- Mise en place des premières activités physiques : relation, choix de l'activité physique, information de la personne, adaptation
- Pérennité des activités physiques : adaptation, environnement, information et éducation
- Motiver à la mise en place d'activités physiques : choix et aspect de l'activité, posture de l'ergothérapeute, respect des choix de la personne, éducation
- L'ergothérapeute au sein de l'équipe : les professionnels constituant l'équipe, la place et le rôle de l'ergothérapeute

Les résultats de l'enquête exploratoire sont classés dans leurs sous-thèmes correspondants se trouvent à l'annexe 5. Une fois ce classement réalisé, le chercheur doit créer la matrice des entretiens. La création de cette matrice permettra l'interprétation des résultats. La matrice des entretiens se trouve à l'annexe 6. Une lecture horizontale puis verticale de la matrice des entretiens est faite. Les raisons de cette lecture est expliquée à la partie 5.6.

Pour le premier thème « **l'évaluation** » les pratiques des deux ergothérapeutes se complètent. L'ergothérapeute A évalue l'environnement et non l'ergothérapeute B. L'ergothérapeute B souhaite connaître les besoins et projets de vie des personnes tandis que l'ergothérapeute A ne l'évoque pas.

Pour le deuxième thème « **mise en place de la première activité physique** » les pratiques des deux ergothérapeutes convergent sur plusieurs aspects et se ressemblent pour un aspect. L'ergothérapeute A se sert d'un programme pour mettre en place des activités physiques alors que l'ergothérapeute B non. L'ergothérapeute A propose l'utilisation d'aides techniques pour permettre la réalisation de l'activité. L'ergothérapeute B n'évoque pas l'utilisation d'aides techniques. L'ergothérapeute B accorde de l'importance à la relation de confiance et à connaître la personne alors que l'ergothérapeute A n'aborde pas ce sujet. Les deux ergothérapeutes informent les personnes sur l'intérêt à pratiquer des activités physiques.

Pour le troisième thème « **pérennité de l'activité physique** » les pratiques des deux ergothérapeutes sont différentes mais convergent vers un même but (la pérennité de l'activité physique). L'ergothérapeute A s'appuie sur les mises en situation, la famille, les aides techniques et l'éducation thérapeutique. L'ergothérapeute B ne décrit pas ces outils. L'ergothérapeute B s'appuie sur l'aménagement de l'environnement, l'information de l'équipe et la répétition de l'intérêt à pratiquer des activités physiques.

Pour le quatrième thème « **motiver à la mise en place d'activité physique** » les pratiques des deux ergothérapeutes se ressemblent et se corroborent. L'ergothérapeute A dit ne pas forcer les personnes et l'ergothérapeute B évoque respecter le refus et les choix de la personne. L'ergothérapeute A utilise l'aspect signifiant et plaisir de l'activité alors que l'ergothérapeute B utilise l'aspect ludique, groupal et humoristique. Deux notions sont abordées uniquement par l'ergothérapeute A. L'ergothérapeute A aborde l'importance de ne pas mener à l'échec et de s'appuyer sur l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et l'écoute.

Pour le cinquième thème « **l'ergothérapeute au sein de l'équipe** » les pratiques des deux ergothérapeutes sont similaires mais ne corroborent pas toujours. Les ergothérapeutes A et B informe l'équipe pour viser la pérennité des activités physiques. L'ergothérapeute A travaille en SSR gériatrique et l'ergothérapeute B travaille en EHPAD. Le retour à domicile ne concerne en général que le premier public. L'ergothérapeute A intervient avec d'autres professionnels pour le retour à domicile et pour la continuité de la prise en soin hors du SSR. Forcément l'ergothérapeute B n'a pas ce rôle. L'équipe pluridisciplinaire informe l'ergothérapeute B sur chaque personne pour mieux la connaître. L'ergothérapeute travaille avec la psychologue pour la création du projet de vie et l'organisation des réunions avec les personnes et leurs familles.

L'analyse précédente va être comparée à l'analyse de la revue de littérature. Cette comparaison permet d'identifier la différence entre la théorie et la pratique sur le terrain.

Pour le premier thème « **l'évaluation** » la pratique et la théorie sont similaires. Dans la revue de littérature l'évaluation des facteurs motivants et des barrières a une place importante dans cette partie alors qu'elle est rapidement évoquée par un seul ergothérapeute. Cependant sur le terrain les deux ergothérapeutes évaluent les activités des personnes âgées alors que ce moyen n'est pas mentionné dans la revue de littérature.

Pour le deuxième thème « **mise en place des premières activités physiques** » la pratique et la théorie corroborent mais il y a peu de similarités. En effet dans la revue de littérature une place centrale est donnée aux contournements des barrières et à l'augmentation de l'impact des facteurs motivants. Dans les entretiens ces actions ne sont pas implicitement mentionnées pour ce thème. Seulement les ergothérapeutes réalisent des actes retrouvés dans la revue de littérature

(sur les facteurs motivants et barrières). Par exemple l'utilisation d'aides techniques pour adapter l'activité et qu'elle soit réalisable. L'information et l'éducation de la personne sur l'intérêt à pratiquer des activités physiques sont évoquées dans la revue de la littérature et dans les entretiens. L'utilisation d'un programme recensant les activités physiques réalisables dans l'établissement et l'importance de la relation thérapeutique sont mentionnées uniquement dans les entretiens.

Pour le troisième thème « **pérennité de l'activité physique** » la pratique et la théorie se complètent sans similarité et s'opposent sur un point. Pour ce thème aussi la revue de la littérature accorde une importance élevée aux facteurs motivants et obstacles alors qu'ils sont évoqués par une seule ergothérapeute parmi d'autres moyens. Dans la revue de littérature l'approche counseling est conseillée pour favoriser la modification du comportement de la personne âgée vis-à-vis de l'activité physique. Cette approche n'est pas citée dans les entretiens. Les deux ergothérapeutes n'utilisent qu'un des moyens de cette approche. Ce moyen est l'éducation thérapeutique. 3 notions sont évoquées dans les entretiens et non dans la revue de littérature. Les ergothérapeutes s'appuient sur les mises en situations, la famille et l'équipe pluridisciplinaire. Une des ergothérapeutes a pour objectif que les personnes âgées continuent à pratiquer les activités physiques sans l'ergothérapeute. Dans la revue de la littérature l'ergothérapeute devrait superviser la pratique d'activités physiques des personnes âgées. Sur ce point la revue de littérature et l'enquête exploratoire s'opposent. Certaines actions sont évoquées uniquement dans la revue de littérature. Par exemple la valorisation des changements positifs, le changement d'activités physiques ...

Pour le quatrième thème « **motiver à la mise en place d'activités physiques** » la pratique et la théorie convergent et ont des similarités. L'enquête exploratoire évoque plus de moyens que la revue de littérature pour arriver à cet objectif. L'importance d'utiliser des activités physiques significatives, ludiques, groupales, procurant du plaisir est évoquée dans les entretiens et dans la revue de littérature. Le respect du refus et des choix de la personne, éviter l'échec sont abordés uniquement dans les entretiens. L'utilisation de l'éducation thérapeutique, de l'accompagnement et de l'écoute se retrouvent seulement dans les entretiens. La revue de littérature indique l'intérêt d'utiliser les facteurs motivants et contourner les facteurs obstacles contrairement aux entretiens.

Pour le cinquième thème « **l'ergothérapeute au sein de l'équipe** » la revue de littérature n'évoque pas ce thème contrairement aux entretiens.

1.6 La question initiale de recherche

La confrontation entre la revue de littérature et les résultats de l'enquête exploratoire montrent plusieurs différences dans les moyens utilisés entre la théorie et la pratique pour arriver au même objectif. L'analyse de la revue de littérature et l'enquête exploratoire ont permis de donner plusieurs outils aux ergothérapeutes pour la mise en place d'activités physiques chez les personnes âgées.

En revanche les deux ergothérapeutes évoquent l'importance de respecter le refus de l'activité physique. Cependant ils ne donnent pas d'élément pour éviter l'apparition du refus de l'activité physique proposée.

Les personnes âgées peuvent refuser la mise en place de l'activité physique malgré plusieurs facteurs motivants et peu de facteurs obstacles. Existe-t-il d'autres phénomènes permettant d'éviter le refus de l'activité physique ? La question initiale de recherche est donc la suivante : quels sont les facteurs à prendre en compte pour éviter le refus des personnes âgées à l'activité physique proposée ?

Pour répondre à ce questionnement, deux concepts seront utilisés : l'approche centrée sur la personne et l'autonomie.

1.6.1 L'approche centrée sur la personne

Le psychologue Carl Rogers au XXème siècle développe l'approche centrée sur la personne. Dans cette approche les thérapeutes se centrent sur la personne et non sur une maladie, un symptôme ... Cette approche est fondée sur la confiance envers les personnes. Son principe de base est que l'Homme possède d'immenses ressources et un potentiel d'évolution et d'épanouissement à condition de bénéficier d'une ambiance propice. Les thérapeutes souhaitent relancer ce potentiel. Pour cela le thérapeute instaure un climat sécurisant, facilite l'expression du client et lui apprend à se fier à ses ressentis pour développer son autonomie. Dans cette approche les thérapeutes ne doivent ni imposer, ni conseiller, ni interpréter. Ainsi les thérapeutes ne doivent pas imposer d'activités physiques aux personnes âgées. A la place les thérapeutes doivent être dans une posture d'accompagnant. Avec cette posture le thérapeute accompagne les personnes âgées à la mise en place d'activités physiques. Cette posture permet aux personnes d'atteindre leurs potentiels d'évolution et d'épanouissement. (37) (38).

M.Portner s'appuie sur les fondements de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers pour accompagner les personnes âgées. Dans sa relation avec ce public, M.Portner garde une confiance indéfectible peu importe leur âge. Lors de son travail, elle prend une attitude propre à l'approche centrée sur la personne. Elle utilise l'écoute compréhensive, l'accepte comme elle est, respecte et reconnaît ses limites et favorise son autonomie et sa liberté de choix. Avoir ces attitudes permet d'augmenter la responsabilité des personnes âgées. (39).

L'approche centrée sur la personne est un des phénomènes à prendre en compte pour éviter le refus des personnes âgées à l'activité physique proposée.

Le concept d'autonomie est développé dans la sous-partie suivante.

1.6.2 L'autonomie

Selon N.Foureur il existe un questionnement éthique par rapport aux décisions médico-sociales en gériatrie. Il est question de la confrontation entre le respect de l'autonomie et d'autres principes éthiques (comme la bienfaisance) lors d'une décision médico-sociale (40). La bienfaisance vise à contribuer au bien-être d'autrui. Jaworska définit l'autonomie comme la capacité de la personne à transmettre ses volontés (40). M.Beaulieu et al définissent l'autonomie comme la liberté de choix de l'individu (41). Ainsi l'autonomie renvoie à la capacité de la personne à choisir ses activités et à transmettre ses volontés. En respectant leur autonomie les thérapeutes laissent les personnes âgées choisir leurs activités physiques. De cette manière ils évitent que les personnes âgées refusent l'activité physique. (40).

Une partie des soignants estime important d'obtenir le consentement des personnes âgées pour respecter leur autonomie. Les adultes (y compris les personnes âgées) se caractérisent par leur autonomie. Ils ont une liberté de décision et d'initiative sur leurs propres intérêts et peuvent agir sans intervention ou autorisation d'autrui. Cependant cette autonomie décisionnelle est limitée pour les personnes âgées vulnérables. Elles sont en difficulté pour exprimer leurs consentements, leurs volontés (42). Respecter l'autonomie des personnes âgées n'est pas simple car leur autonomie est souvent peu accessible ou déléguée. En effet une étude de Dawson démontre qu'en pratique respecter le consentement et l'autonomie des personnes âgées est plus difficile qu'en théorie. Boyd se questionne même sur l'impossibilité d'appliquer le concept d'autonomie. (40)

Cependant ce n'est pas l'avis de tous les auteurs traitant de ce sujet. Pour Foureur respecter le principe d'autonomie de la personne âgée permet de prendre une décision médicale avec plus de sens, plus respectueuse de la personne et de mieux répondre à ses demandes (40).

Pour Beaulieu et al. respecter l'autonomie de la personne âgée permet de respecter ses valeurs, ses intérêts et donc sa dignité. Le respect de l'autonomie doit continuer même lorsque la personne devient inapte à la prise de décision et à la liberté de choix. Pour y arriver les soignants peuvent se baser sur les directives anticipées écrites par la personne ou sur les décisions prises par l'entourage. (41)

Selon A.Jaworska il est possible de respecter l'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce n'est pas un objectif déraisonnable. Notamment parce que les personnes conservent assez longtemps la capacité d'autonomie. (43) Les données actuelles en neuropsychologie et en neurobiologie confirment les idées de A.Jaworska (44).

Les avis divergent sur la possibilité de respecter l'autonomie des personnes âgées. En revanche il semble intéressant d'essayer de respecter l'autonomie des personnes âgées pour plusieurs raisons. Notamment en respectant leur autonomie, les thérapeutes laissent le choix aux personnes âgées de leurs activités physiques et évitent donc les refus.

La matrice théorique réalisée suite au traitement des concepts se trouve en annexe 7

Ce travail de recherche permet d'explorer plusieurs moyens pour éviter le refus de la mise en place de l'activité physique. Par exemple Carl Rogers dans l'approche centrée sur la personne explique qu'il ne faut pas imposer mais conseiller la personne. D'autres auteurs se sont questionnés sur la possibilité de respecter l'autonomie des personnes âgées. Notamment quand celles-ci ont des problèmes de santé associés au vieillissement (maladie d'Alzheimer, fin de vie ...). Les avis des auteurs divergent mais certains proposent des solutions pour tendre à cet objectif. A la suite de l'analyse des concepts il en vient à se demander comment les ergothérapeutes les utilisent dans leurs pratiques. La question de recherche est la suivante :

Comment les ergothérapeutes s'appuient sur l'approche centrée sur la personne et de leur autonomie afin d'éviter un refus dans la mise en place d'activités physiques pérennes chez les personnes âgées ?

2. Matériel et méthode

2.1 Le choix de la méthode

Cette question de recherche amène à interroger les ergothérapeutes français sur leur utilisation de l'approche centrée sur la personne et de son autonomie afin d'éviter un refus dans la mise en place d'activités physiques chez les personnes âgées.

La méthode clinique permet selon Gale et Bermudez d'étudier le résultat des processus (35). Cet objet de recherche s'intéresse à 2 processus (l'approche centrée sur la personne et l'autonomie) et leurs résultats sur le refus de l'activité physique. La méthode clinique est donc utilisée dans cette recherche. Pour Eymard, « la méthode clinique produit des savoirs sur un phénomène à partir du récit des sujets » (45). Dans cette recherche la méthode clinique permettra de produire des savoirs sur l'utilisation de ces 2 processus pour éviter le refus de l'activité physique grâce aux récits des ergothérapeutes français.

2.2 La population de la recherche

Les critères suivants permettent de déterminer les ergothérapeutes pouvant participer à cette recherche.

Critères d'inclusion :

- Être un ergothérapeute diplômé d'Etat exerçant en France
- Accompagner des personnes âgées avec une expérience de 1 an minimum (peu importe l'établissement ou le service)
- Viser la mise en place d'activités physiques pérennes dans un objectif de prévention de la sarcopénie

Critères d'exclusion :

- Utiliser l'activité physique comme un moyen pour atteindre un objectif de rééducation en milieu rééducatif
- L'ergothérapeute n'accompagne pas la mise en place d'activités physiques pérennes

Pour obtenir un échantillon d'ergothérapeutes parmi la population, le réseau social Facebook est utilisé ainsi que les contacts d'ergothérapeutes. 11 ergothérapeutes se sont portés volontaires, 2 ne rentrent pas dans les critères de la recherche. La méthode clinique en tant que

méthode qualitative nécessite un échantillon faible. Dans ce travail d'initiation à la recherche, un échantillon de 4 ergothérapeutes est suffisant. La méthode d'échantillonnage aléatoire simple utilise un tirage aléatoire pour réduire à l'aide du hasard l'échantillon (46). L'utilisation de cette méthode permet d'atténuer le biais de sélection. La méthode d'échantillonnage aléatoire simple est donc utilisée.

Les 9 ergothérapeutes sont informés sur leur participation ou non à l'entretien. Ceux étant dans l'échantillon final décident d'un créneau horaire. 2 documents (annexe 8 et 9) leur sont envoyés. Ses documents permettent aux ergothérapeutes de prendre connaissance des objectifs de l'entretien et d'obtenir leur consentement à participer à la recherche et à être enregistré.

2.3 Choix de l'outil de recueil de données

Les outils de recueil de données privilégiés d'une méthode clinique sont l'entretien et l'observation. Cette dernière, avec la situation actuelle (confinement dû au Covid-19), n'est pas envisageable. Selon Romelaer, l'entretien semi dirigé permet d'obtenir deux éléments : « des informations sur ce qu'il cherche a priori (les thèmes du guide de l'interviewer) » et « des données auxquelles il n'aurait pas pensé » (29). Cette recherche vise à découvrir l'utilisation de l'approche centrée sur la personne et l'autonomie par les ergothérapeutes pour éviter le refus de l'activité physique grâce à l'apport d'informations attendues à priori (avec la matrice théorique en annexe 7) et d'autres non pensées. L'entretien semi dirigé est donc utilisé pour cette recherche.

2.4 Faisabilité de la recherche

L'article « Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France : la loi Jardé et son évolution » écrit par Pouplin et al. permet de savoir si cette recherche est faisable législativement. La recherche repose sur des entretiens auprès des ergothérapeutes. A aucun moment elle ne modifie la prise en charge du patient. Selon le comité de recherche réunit par Pouplin, la loi Jardé ne s'applique pas sur cette recherche. Seuls les recueils de non-opposition des participants et d'autorisation à l'enregistrement suffisent. (32).

Dans les conditions actuelles dues au confinement suite au Covid-19, seul l'entretien téléphonique est envisageable. Cet entretien permet une recherche non coûteuse et une facilité pour trouver un créneau horaire commun.

2.5 Anticipation des biais de la recherche

Des biais de l'entretien semi-directif sont définis dans la sous partie 1.5.5 de l'enquête exploratoire.

D'autres biais pouvant se trouver dans cette recherche sont définis ici :

- Le biais de confirmation est présent lorsque le chercheur prend en compte uniquement les informations confirmant sa façon de penser. Ce fonctionnement de privilégier les informations allant dans son sens est plus simple que de les remettre en question. Pour atténuer ce biais, le chercheur doit se remettre en question, prendre en considération les informations ne confirmant pas sa façon de penser et poser des questions n'allant pas conforter sa façon de penser. (33,47)
- Le biais d'autocomplaisance est présent dans deux situations. Lorsque les interviewés attribuent la réussite de la mise en place d'activités physiques à leurs facteurs internes (expérience, habitude de pratiquer des activités physiques, aisance dans les relations ...) sans prendre en compte les facteurs externes (être centré sur la personne, prendre en compte son autonomie, l'environnement ...). Ou bien lorsqu'ils attribuent aux facteurs externes la raison de l'échec de cette mise en place. Pour éviter ce biais le chercheur interroge les interviewés sur les facteurs externes de la réussite (cette recherche explore deux facteurs externes pour comprendre leur impact sur la réussite) et les facteurs internes d'un échec. (33)
- Le biais de similarité et de différence est présent lorsque le chercheur considère différemment les informations en fonction de si l'interviewé lui ressemble ou pas. Pour atténuer ce biais il suffit de prendre en considération une information de la même manière peu importe si la personne lui ressemble ou pas. (33)

2.6 Déroulé de l'enquête

Trois temps rythment l'entretien : le début, les réponses aux questions, la conclusion. L'entretien commence par un rappel de l'objet de recherche et l'objectif de cet entretien. A ce moment il s'agit de définir les mots pouvant avoir plusieurs définitions (comme l'activité physique) pour atténuer le biais de langage. Avant de passer aux questions il est demandé à l'ergothérapeute s'il a des questions. Des techniques d'écoute active comme les relances et les reformulations sont utilisées pour favoriser l'expression de l'ergothérapeute sans l'influencer.

(29,48). Une fois tous les thèmes éclairés par l'ergothérapeute, il lui sera demandé s'il a encore des éléments à donner. L'entretien finira par un remerciement pour avoir pris le temps de participer à cette enquête et un rappel pour leur dire qu'ils sont libres de se retirer de la recherche s'ils le souhaitent.

2.7 Construction de la matrice de l'enquête

Cette matrice sera construite de manière similaire à celle de l'enquête exploratoire (annexe 3).

Selon Romelaer, « la phrase d'entame peut aussi ne pas mentionner le sujet de la recherche [...] dans ce cas la phrase d'entame est utilisée de façon « projective » : elle projette le répondant dans une partie de son réel » (29). Dans cette recherche, la phrase d'entame « pour commencer pouvez-vous me décrire brièvement votre pratique de manière globale ? » permet de projeter l'ergothérapeute dans sa pratique quotidienne. Cette phrase ne mentionne pas le sujet de la recherche.

Pour répondre aux thèmes de cet objet de recherche des questions sont créées en prêtant attention aux biais (29,30). Selon Lugen « il peut être nécessaire de recadrer poliment son interlocuteur si celui-ci s'écarte trop du sujet » (30). La deuxième question vise à découvrir comment l'ergothérapeute réagit à un refus de l'activité physique. Il y a deux possibilités de réponse, soit l'ergothérapeute respecte le refus soit il réadapte sa pratique. Si jamais il réadapte sa pratique, une question de relance est préparée pour creuser cette réadaptation.

La matrice des entretiens se trouve en annexe 10.

2.8 Le choix de l'outil de traitement des données

Le traitement des données est constitué de plusieurs phases

La première phase est celle de la retranscription. Le site internet Otranscribe est utilisé car il permet de faciliter la retranscription en pouvant régler la rapidité de la voix et en faisant facilement des retours en arrière et des pauses.

La deuxième phase consiste à analyser et interpréter les données. Selon Blanchet et Gotman « l'analyse thématique est donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations » (31). Cette recherche vise à découvrir comment les ergothérapeutes dans leurs pratiques utilisent l'approche centrée sur la personne et l'autonomie

pour éviter le refus de l'activité physique. L'analyse thématique est donc utilisée pour la phase de traitement des données.

Selon Blais et Martineau « l'analyse inductive se prête particulièrement bien à l'analyse de données portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire, pour lesquels le chercheur n'a pas accès à des catégories déjà existantes dans la littérature » (49). Cette recherche amène à découvrir un phénomène, elle est donc exploratoire. L'analyse inductive est donc utilisée dans cette recherche.

Selon Blais et Martineau « l'objectif principal de l'analyse inductive est de développer des catégories à partir des données brutes pour les intégrer dans un cadre de référence ou un modèle » (49). Pour arriver à cet objectif il y a 4 étapes à réaliser. La première est la rédaction des retranscriptions. La deuxième est la lecture répétée de manière approfondie pour bien intégrer le discours. La troisième étape est la création de catégories en se servant des phrases ou de sens issus des retranscriptions. La quatrième étape est de réviser et d'affiner les catégories en y ajoutant les sous-catégories. Les sous catégories peuvent être contradictoires ou ayant de nouvelles perspectives. (49)

La troisième, quatrième et cinquième étape de l'analyse thématique sont expliquées dans la sous-partie 1.5.7.

3. Résultats

Dans cette partie, une présentation des 3 ergothérapeutes interviewées est faite et s'ensuit l'analyse thématique des 3 entretiens.

La retranscription des entretiens des ergothérapeutes est en annexe 12, 13 et 14.

3.1 Présentation des ergothérapeutes

2 ergothérapeutes sont diplômées en 2017, la troisième est diplômée en 2018. Les 3 ergothérapeutes ont entre 18 mois et 3 ans d'expérience auprès des personnes âgées.

L'ergothérapeute A met en place deux ateliers d'équilibre par semaine et un atelier pâtisserie pour les personnes en unité fermée. Elle a mis en place un programme de gymnastique individualisé pour les résidents autonomes pendant le confinement.

L'ergothérapeute B mettait en place des ateliers équilibre, pétanque, mini-golf et motomed.

L'ergothérapeute C met en place deux ateliers gymnastique douce par semaine et un après midi toutes les deux semaines un parcours de marche.

3.2 Analyse thématique des entretiens

Les thèmes et sous thèmes émergents des entretiens sont les suivants :

- L'évaluation pour connaître la personne, ses activités et objectifs : connaissance, capacités et objectifs de la personne, réévaluation.
- Les descriptions, propositions et communications autour de l'activité physique pour la mettre en place : description, proposition et communication de l'activité physique.
- Le choix de l'activité physique : choix, composantes et adaptation.
- L'adaptation à la suite d'un refus : arrêt, modification ou changement d'activités, insistance, échanges et stratégies.

La matrice issues de l'analyse inductive se trouve en annexe 14.

❖ Thème n°1 : l'évaluation pour connaître la personne, ses activités et objectifs.

L'ergothérapeute A utilise des « évaluations personnelles » pour les résidents afin de savoir « quels sports ils ont faits et quels sports on va pouvoir tester avec eux ». Ces évaluations lui permettent de connaître les activités des résidents. En effet elle dit connaître très bien ces résidents et notamment grâce à « ce que les équipes peuvent me dire ». Avec cette connaissance, elle sait que des résidents vont préférer telle ou telle activité. Cependant lorsqu'elle ne connaît pas les résidents (pour une admission par exemple) elle évalue pendant les ateliers de groupe « ce à quoi il adhère ou pas ».

L'ergothérapeute B demande à la personne ce qu'elle aimait faire, ses objectifs. Dans sa prise en soin elle explique partir surtout des objectifs de la personne. Au début de sa prise en soin elle dit « mettre en situation d'activité [...] par l'intermédiaire d'une activité physique » la personne. Selon elle, cette mise en situation lui permet de connaître le niveau de la personne et savoir « le niveau de ce qu'on peut proposer ».

L'ergothérapeute C une fois l'activité physique finie demande aux résidents « qu'est-ce que vous avez le plus apprécié, qu'est ce que vous aimeriez en plus ? ». Cette réévaluation lui permet de se baser sur la demande des personnes pour les prochaines séances. L'ergothérapeute utilise « l'essai/erreur ». En effet elle indique à la première séance se baser sur son idée pour mettre en place l'activité physique. En utilisant cette méthode, elle prend conscience « des points à améliorer » et « des points qu'il ne faut absolument plus faire ». Selon elle, l'utilisation de « l'essai/erreur » lui permet de poursuivre l'activité physique.

Les ergothérapeutes A et B utilisent des évaluations initiales tandis que l'ergothérapeute C se base sur des réévaluations. Cependant l'ergothérapeute A utilise une évaluation personnelle et l'ergothérapeute B des mises en situations. L'évaluation initiale permet à l'ergothérapeute A de connaître la personne et ses activités alors qu'elle permet à l'ergothérapeute B de connaître les activités, le niveau et les objectifs de la personne. La réévaluation permet à l'ergothérapeute C de se baser sur les demandes de la personne et de poursuivre l'activité physique. Les outils d'évaluation utilisés sont différents pour les 3 ergothérapeutes. Le but de l'évaluation diverge entre les 3 ergothérapeutes avec une similarité entre l'ergothérapeute A et B (connaître les activités de la personne).

- ❖ Thème n°2 : Les descriptions, propositions et communication autour de l'activité physique pour la mettre en place.

L'ergothérapeute A explique proposer l'activité « au cas par cas » et en fonction de qui elle voit dans le groupe. Pour mettre en place une nouvelle activité physique, elle en propose et après elle teste. Pour éviter le refus, elle affirme l'expliquer en la vendant « je suis devenue commerciale ». Lorsqu'elle ne connaît pas les résidents, elle explique et minimise l'activité, explique l'objectif et rassure. Selon elle, cet échange permet d'éviter le refus.

L'ergothérapeute B explique qu'après les évaluations « on propose, voilà nous on fait ça ça et ça ». Cette proposition lui permet de mettre en place des activités physiques auprès des personnes.

L'ergothérapeute C indique en premier temps réfléchir à la nouvelle activité physique avec l'équipe. Ensuite elle pose des affiches dans les ascenseurs et les couloirs pour faire comprendre aux résidents qu'une nouvelle activité est mise en place et les attirer. Elle utilise la plateforme

Zebrix permettant de diffuser des photos, vidéos ... sur les télévisions des résidents pour leur donner envie de participer. Selon elle, pour éviter le refus « c'est la manière de lui proposer qui est le plus important ». Alors elle passe dans les chambres, pendant le dîner et les activités pour proposer et expliquer la nouvelle activité physique et les rassurer. Pour une nouvelle résidente, elle décrit l'activité (le déroulé, le temps, les personnes présentes et les objectifs). Selon elle cette étape de communication permet « de les avoir en séance ».

Les 3 ergothérapeutes proposent l'activité aux résidents. L'ergothérapeute A propose l'activité en fonction des personnes. Pour des résidents qu'elles connaissent, l'ergothérapeute A explique l'activité alors que l'ergothérapeute C explique et rassure. Pour des résidents qu'elles ne connaissent pas l'ergothérapeute A explique et minimise l'activité, rassure et parle des objectifs tandis que l'ergothérapeute C décrit le déroulé, la durée, les personnes présentes et les objectifs. L'ergothérapeute C est la seule à utiliser des outils pour communiquer sur l'activité physique. Pour ce deuxième thème, la pratique des ergothérapeutes A et C est similaire sur plusieurs points, l'ergothérapeute B partage cette similarité avec les deux autres ergothérapeutes lors de la proposition de l'activité.

❖ Thème n°3 : le choix de l'activité physique

L'ergothérapeute A réfléchit au préalable à plusieurs composantes de l'activité physique. Elle choisit une activité ayant du sens, qui « change » et où « ils voient bien que ça travaille et ils le sentent bien ». Elle est choisie en fonction des résidents dans le groupe ainsi que leur état et motivation. Ces composantes lui permettent de trouver l'activité à proposer. Pendant l'activité physique, l'ergothérapeute « adapte au fur et à mesure de quel résident passe ». L'ergothérapeute évoque « l'émulation du groupe » mais cette information n'est pas suffisamment explicite pour pouvoir la traiter.

L'ergothérapeute B à l'issue des évaluations allait proposer « une activité physique sportive un petit peu plus personnalisée » si la personne accrochait aux activités physiques basiques. Selon elle pour éviter le refus, le plus important est de proposer une « activité signifiante ».

Lors de la première séance avec une nouvelle activité physique, l'ergothérapeute C fait l'activité comme elle la pense. Ensuite elle réévalue à chaque fin de séance (comme expliqué dans le premier thème) pour éviter le refus. Elle énumère plusieurs composantes de l'activité physique

pour éviter le refus. Ses composantes sont « le matériel, les couleurs et les petits défis » ainsi que « l'effet de groupe ».

Les 3 ergothérapeutes mettent en place des activités physiques ayant des composantes différentes. Par exemple l'ergothérapeute A choisit une activité en fonction des résidents dans le groupe et leur motivation. L'ergothérapeute B utilise des activités physiques sportives personnalisées. L'ergothérapeute C utilise du matériel, des défis ... L'ergothérapeute A est la seule à adapter l'activité en fonction des résidents présents. Pour ce troisième thème, la pratique des ergothérapeutes est différente et converge (éviter le refus de l'activité physique). Toutefois une similarité existe entre l'ergothérapeute A choisissant une activité ayant du « sens » et l'ergothérapeute B une activité « signifiante ».

❖ 4^{ème} thème : l'adaptation à la suite d'un refus

Lorsque l'ergothérapeute A essuie un refus de l'activité physique, elle « insiste un petit peu » (sans forcer), elle « tâte » le terrain et demande au résident d'essayer. Cette adaptation lui permet de connaître la raison du refus. L'ergothérapeute valorise et décrit l'activité auprès du résident, « en fait tu peins l'activité en grande lettre ». Si le résident n'est pas convaincu, elle trouve des stratégies. Les stratégies utilisées sont : passer par le côté jeu, minimiser l'activité, rassurer, passer par la communication non verbale (sourire, main sur l'épaule). Si le résident n'adhère toujours pas, elle change d'activité en choisissant une « valeur sûre ». Lorsque le résident est catégorique, elle explique ne pas insister, elle propose au résident de regarder et de participer la prochaine fois.

Lorsque l'ergothérapeute B essuie un refus elle laisse la personne quelques jours et revient plus tard. Cette adaptation lui permet d'éviter d'arriver dans un « refus net ». Lorsqu'elle revient elle met en place des stratégies pour contourner le refus. Par exemple, elle met la personne en activité par l'intermédiaire de résidents ou de la famille. Si la personne n'adhère pas aux ateliers proposés, elle lui trouve de nouvelles activités. Lorsqu'elle est face à un « refus total » elle annonce que la marche fonctionne bien.

Lorsque l'ergothérapeute C est face à un refus, elle déclare attendre la troisième fois pour comprendre pourquoi la personne refuse. L'adaptation de l'ergothérapeute C dépend du cas de

figure. Quand une personne dit « non », elle propose, explique et rassure la personne. Lorsque la famille souhaite que la résidente participe à l'activité, l'ergothérapeute force la personne en expliquant que c'est la famille qui le veut. Quand la « personne « n'aime pas être vue en groupe », elle cherche à permettre à la personne de « venir en tant que personne ».

Pour se réadapter les ergothérapeutes A et C échangent avec la personne et insistent, les ergothérapeutes A et B trouvent des stratégies pour contourner le refus. Cependant les outils utilisés sont parfois différents. Par exemple les stratégies de l'ergothérapeute A sont de passer par le jeu, la communication non verbale ... alors que l'ergothérapeute B passe par la famille ou les autres résidents. Les ergothérapeutes B et C parle du rôle de la famille mais avec deux objectifs différents. L'ergothérapeute B arrête l'activité physique alors que les ergothérapeutes A et C cherchent à continuer l'activité. La pratique des 3 ergothérapeutes est sur des points similaires et sur d'autres différentes. La pratique des ergothérapeutes A et C divergent de l'ergothérapeute B.

4. Discussion

4.1 Interprétation des résultats

La question de recherche est la suivante : comment les ergothérapeutes utilisent l'approche centrée sur la personne et l'autonomie afin d'éviter un refus dans la mise en place d'activités physiques chez les personnes âgées. Un cadre théorique était élaboré dans le but de découvrir comment éviter ce refus en utilisant ces 2 concepts. La matrice théorique de ce cadre se trouve en annexe 7. L'utilisation de l'analyse thématique a permis de découvrir comment les ergothérapeutes évitent ce refus. Dans cette sous-partie les résultats issus de l'analyse thématique seront mis en confrontation avec les indicateurs de la matrice théorique. Cette confrontation permettra de savoir comment ces ergothérapeutes utilisent ou pas l'approche centrée sur la personne et l'autonomie pour éviter le refus.

4.1.1 L'approche centrée sur la personne et les résultats de l'analyse thématique

Dans un premier temps les indicateurs de l'approche centrée sur la personne sont confrontés avec les résultats issus de l'analyse thématique.

Le premier indicateur de l'approche centrée sur la personne dans la matrice théorique est de ne pas imposer, interpréter et conseiller. Les résultats montrent que les 3 ergothérapeutes proposeraient l'activité physique aux résidents. Si jamais ces derniers refusent, les résultats indiquent que l'ergothérapeute A insisterait sans forcer et si le résident est catégorique elle abandonnerait. L'ergothérapeute B en cas de refus laisserait la personne quelques jours. L'ergothérapeute C lors d'un refus s'adapterait en fonction de la situation, si jamais la famille souhaite que la résidente y participe, l'ergothérapeute la forcerait. Les ergothérapeutes A et B n'imposeraient pas l'activité physique contrairement à l'ergothérapeute C qui semble le faire en fonction des situations. Les 3 ergothérapeutes n'évoquent pas interpréter dans leur pratique mais elles n'évoquent pas ne pas interpréter. Aucune des 3 ergothérapeutes n'explique conseiller la personne. Cependant les résultats montrent que l'ergothérapeute A vend l'activité et est devenue commerciale. Les résultats révèlent que les ergothérapeutes A et C expliquent les objectifs de l'activité. Il semblerait que ces actions peuvent être attribuées à des conseils.

Le deuxième indicateur est de favoriser l'autonomie. Beaulieu la définit comme la liberté de choix de l'individu (41). Les résultats rapportent que les ergothérapeutes A et C proposeraient l'activité physique alors que l'ergothérapeute B proposerait les activités physiques. Lorsque plusieurs activités physiques sont proposées la personne est libre de choisir ses activités. Alors que lorsqu'une seule activité est proposée la personne est libre d'accepter ou de refuser. L'ergothérapeute B favoriserait l'autonomie tandis que les ergothérapeute A et C non.

Le troisième indicateur est d'accepter la personne comme elle est. Les résultats issus des 3 entretiens ne permettraient pas de savoir si les ergothérapeutes acceptent la personne comme elle est ou non.

Le quatrième indicateur est le cadre sécurisant. Les résultats semblent révéler qu'aucune des ergothérapeutes ne pose un cadre sécurisant pour éviter le refus de l'activité physique.

Le cinquième indicateur est la posture d'accompagnement. Selon Paul, cette posture nécessite d'avoir un cadre bienveillant, de respecter l'autre, d'être égal à égal et de permettre à l'autre de s'exprimer, s'émanciper (50). Les résultats semblent rapporter qu'aucune des

ergothérapeutes n'utilise cette posture d'accompagnement ou ses caractéristiques (décrites par Paul) pour éviter le refus de l'activité physique.

Le sixième indicateur est de favoriser l'expression. Les résultats dévoilent que les ergothérapeutes A et B pendant les évaluations demanderaient aux personnes les activités qu'elles aiment, leurs objectifs ... L'ergothérapeute C à la fin de la séance demanderait ce qu'elles apprécient et ce qu'elles aimeraient pour la prochaine séance. Ainsi selon les résultats, les ergothérapeutes A et B favoriseraient l'expression des personnes lors des évaluations et l'ergothérapeute C à la fin de l'activité physique.

Le dernier thème est l'écoute compréhensive. Les résultats montrent que les 3 ergothérapeutes n'utiliseraient pas l'écoute compréhensive pour éviter le refus de l'activité physique.

4.1.2 L'autonomie et les résultats de l'analyse thématique

Les résultats de l'analyse thématique seront confrontés avec les indicateurs de l'autonomie.

Le premier indicateur est la prise de décision. Les résultats dévoilent que l'ergothérapeute A laisserait les personnes prendre des décisions dans une situation et l'ergothérapeute B lorsqu'elle proposerait les activités, la personne peut prendre une décision. Les résultats montrent que l'ergothérapeute C ne favoriserait pas la prise de décision pour éviter le refus de l'activité physique.

Le deuxième indicateur est la possibilité d'accepter ou de refuser l'activité. Les résultats montrent que les personnes suivies par les 3 ergothérapeutes semblent pouvoir accepter ou refuser l'activité physique.

Le troisième indicateur est le respect du refus par les soignants. Les résultats révèlent que l'ergothérapeute A face à un refus insisterait mais ne forcerait pas et si la personne est catégorique elle abandonnerait. Les résultats indiquent que l'ergothérapeute B face à un refus laisserait la personne quelques jours. Les résultats montrent que l'ergothérapeute C face à un refus s'adapterait en fonction de la situation, parfois elle respecterait le refus parfois non. Ainsi selon les résultats, il semble que les ergothérapeutes A et C ne respectent pas toujours le refus tandis que l'ergothérapeute B le respecte.

Le quatrième indicateur est la possibilité d'exprimer ses volontés. Les résultats dévoilent que l'ergothérapeute B pendant l'évaluation demanderait à la personne ce qu'elle aimait faire

et ses objectifs à elle. L'ergothérapeute C à la fin de l'activité demanderait ce qu'elle apprécie et ce qu'elle aime le plus. Les résultats montrent que les personnes auraient la possibilité d'exprimer leurs volontés pendant l'évaluation pour l'ergothérapeute B et à la fin de la séance pour l'ergothérapeute C. Les résultats indiquent que l'ergothérapeute A ne laisserait pas la personne exprimer ses volontés.

Le dernier indicateur est la prise en compte de ses volontés. Les résultats montrent que l'ergothérapeute B partirait des objectifs de la personne pour construire sa prise en soin et l'ergothérapeute C se baserait sur ce que les résidents ont exprimé pour la séance prochaine. Les résultats dévoilent que les ergothérapeutes B et C semble prendre en compte les volontés des personnes à ces moments.

4.1.3 Elément de réponse à la question de recherche

Cette confrontation a permis de comprendre quels sont les indicateurs que ces 3 ergothérapeutes utilisent pour éviter le refus de l'activité physique par les personnes âgées. Ainsi pour éviter le refus de l'activité physique :

- L'ergothérapeute A utiliserait les indicateurs suivants de l'approche centrée sur la personne : elle n'impose pas, n'interprète pas et favorise l'expression. Elle utiliserait les indicateurs de l'autonomie suivants : elle favorise la prise de décision et la personne a la possibilité d'accepter ou de refuser l'activité.
- L'ergothérapeute B utiliserait les indicateurs suivants de l'approche centrée sur la personne : elle n'impose pas, n'interprète pas, ne conseille pas, favorise son autonomie et son expression. Elle utiliserait les indicateurs de l'autonomie suivants : elle respecte le refus, favorise la prise de décision et prend en compte les volontés de la personne, cette dernière peut accepter ou refuser l'activité et exprimer ses volontés
- L'ergothérapeute C utiliserait les indicateurs suivants de l'approche centrée sur la personne : elle n'interprète pas et favorise l'expression. Elle utiliserait les indicateurs de l'autonomie suivants : elle prend en compte les volontés de la personne, cette dernière peut accepter ou refuser l'activité et exprimer ses volontés.

Cette confrontation nous permet de savoir comment ces 3 ergothérapeutes utiliseraient l'approche centrée sur la personne et l'autonomie afin d'éviter un refus dans la mise en place d'activités physiques pérennes chez les personnes âgées. Cependant Drapeau explique

que « les recherches quantitatives misent sur une représentativité des échantillons [...] les recherches qualitatives s'attardent plutôt à appliquer la notion de saturation ou de complétude ». La recherche qualitative ne vise pas la représentativité. (51). Cette recherche utilise la méthode clinique étant une méthode qualitative. Ainsi les résultats de cette recherche ne peuvent être une représentation de la pratique de la population.

4.2 Critique du dispositif de recherche

Selon Drapeau pour établir la scientificité d'une recherche « qualitative » le chercheur se préoccupe ainsi de la validité des résultats » (51). D'après Boudreau et Arseneault, la validité renvoie « au degré selon lequel les résultats sont interprétés correctement » (51). Cette recherche est qualitative donc nous devons nous intéresser à la validité de nos résultats. Pour cela nous allons mettre en évidence les erreurs méthodologiques faites pendant cette recherche.

Le biais de sélection est présent lorsque l'échantillon d'interviewés est faible et lorsque les interviewés ne rentrent pas dans les critères de la recherche (33).

Au moment de la retranscription des entretiens, une des ergothérapeute explique utiliser des activités physiques à visée de rééducation. Pendant la présentation des ergothérapeutes, nous nous sommes rendus compte qu'une ergothérapeute travaille en Belgique. L'un des critères d'inclusion est d'être un ergothérapeute diplômé d'Etat exerçant en France. L'un des critères d'exclusion est d'utiliser l'activité physique comme un moyen pour atteindre un objectif de rééducation. Ainsi ces deux ergothérapeutes ne rentrent pas dans les critères de recherche. Cette erreur a lieu à cause d'un manque de rigueur dans les questions choisies destinés aux ergothérapeutes pour savoir si elles rentrent dans les critères de la recherche. Rajouter une question pour savoir s'ils exercent en France et utiliser des questions plus claires permettrait d'éviter cette erreur.

Les 3 ergothérapeutes sont récemment diplômées (2017 et 2018) et travaillent toutes en EHPAD. Pourtant dans la population de référence de cette recherche, nous retrouvons des ergothérapeutes étant plus anciennement diplômées et des ergothérapeutes intervenant en centre de rééducation et au domicile par exemple. Nous supposons que les ergothérapeutes évitent différemment le refus en fonction de leur année de diplôme et leur milieu d'intervention. Ces 3 ergothérapeutes ne représentent pas la population de référence.

Ainsi le biais de sélection est présent dans cette recherche.

Selon Drapeau « les recherches qualitatives s’attardent plutôt à appliquer la notion de saturation ou de complétude » (51). Selon Glaser et Strauss la saturation théorique a lieu au moment où « il n’est plus possible de trouver des données supplémentaires qui modifieraient, étendraient ou contrediraient le modèle théorique proposé » (52). Dans cette recherche 3 ergothérapeutes ne représentant pas la population de référence sont interrogées. Avec cet échantillon, la recherche ne peut prétendre atteindre cette saturation théorique.

Le biais méthodologique est présent lorsque le recueil de données est insuffisant, incomplet ou difficile et lorsque les questions sont mal formulées (33). Lors de la création de la matrice théorique plusieurs erreurs méthodologiques sont commises. La phrase d’entame manque de rigueur, de clarté et amène peu d’informations utiles pour la suite de l’entretien et l’analyse des données. Après réflexion une phrase d’entame demandant aux ergothérapeutes les activités physiques pérennes mises en place serait plus pertinente. Les questions posées sont imprécises et longues. Ces questions maladroites ont par exemple entraîné une ergothérapeute à ne pas donner d’information sur le choix de l’activité. Ces questions maladroites entraînent un recueil de données incomplet. Ainsi le biais méthodologique est présent dans cette recherche.

Lors du choix des thèmes, 3 informations ne rentraient pas dans les thèmes. Ces informations sont écartées de l’analyse de la recherche. Pourtant peut-être que ces informations amenaient des éléments de réponse à la question de recherche. Ce manque de rigueur peut amener à une interprétation fautive des résultats.

Une autre erreur est commise lors de la confrontation des résultats issus de l’analyse thématique avec les indicateurs de la matrice théorique. Si les résidents mettent en évidence que l’ergothérapeute évoque une fois les éléments d’un indicateur, nous avons conclu qu’elle l’utilise. Cependant l’évoquer uniquement une fois, amène probablement à une conclusion rapide et éloignée de la réalité.

A travers cette mise en évidence des erreurs méthodologiques, nous pouvons comprendre que ces erreurs diminuent la validité de cette étude.

4.3 La portée des résultats de la recherche

Cette sous-partie vise à découvrir jusqu’où les résultats de cette recherche peuvent se généraliser à d’autres populations. Pour cela, nous pouvons nous demander comment les

ergothérapeutes français s'appuient sur l'approche centrée sur la personne et l'autonomie afin d'éviter un refus dans la mise en place d'activités physiques pérennes auprès d'adultes ayant une sclérose en plaques.

Sachant que les ergothérapeutes accompagnant ce public travaillent majoritairement en milieu rééducatif (milieu différent de la population de la recherche), ils ont d'autres expériences et formations complémentaires. Ces ergothérapeutes utiliseraient probablement d'autres moyens pour éviter le refus. De ces différences, nous pouvons supposer que les résultats de la précédente recherche ne peuvent se généraliser à cette population.

4.4 Les perspectives de la recherche

Pour enrichir les connaissances sur ce thème de recherche, nous pouvons proposer de nouvelles recherches. Comme vu plutôt cette recherche n'a pas atteint le stade de saturation. Selon Drapeau ce stade est atteint lorsque les « données ne fournissent plus aucun élément nouveau à la recherche » (51). Pour tenter d'atteindre ce stade nous pouvons poursuivre cette recherche en interrogeant les ergothérapeutes accompagnant les personnes âgées en milieu rééducatif, au domicile ou des ergothérapeutes étant anciennement diplômé. Une autre perspective de recherche imaginable est de découvrir comment les ergothérapeutes mettent en place des activités physiques pérennes auprès de personnes âgées ayant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. En effet, ces personnes ayant des difficultés à mettre en place des activités physiques pérennes, comment l'ergothérapeute s'adapte-t-il ?

4.5 Conclusion de cette recherche

Cette recherche nous a permis de savoir comment ces 3 ergothérapeutes évaluent pour connaître la personne, ses activités et objectifs, décrivent, proposent et communiquent autour de l'activité physique pour la mettre en place, choisissent l'activité physique pour éviter le refus et s'adaptent à la suite d'un refus. A travers une interprétation des données nous avons découvert comment ces 3 ergothérapeutes utilisent l'approche centrée sur la personne et l'autonomie afin d'éviter un refus dans la mise en place d'activités physiques pérennes chez les personnes âgées. Cependant, au vu des erreurs méthodologiques, ces résultats ne représentent pas la population de référence. Lors de l'enquête exploratoire, une ergothérapeute s'appuie sur la famille pour viser la pérennité de l'activité physique. Lors de la recherche, deux ergothérapeutes s'appuient

sur la famille pour éviter le refus. Cependant nous ne savons toujours pas comment l'ergothérapeute et la famille travaillent ensemble pour mettre en place des activités physiques pérennes auprès de personnes âgées. Ce travail entre l'ergothérapeute et la famille mériterait d'être étudié à travers une nouvelle recherche.

5. Bibliographie

1. planalzmesure_fichemedecin.pdf [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/planalzmesure_fichemedecin.pdf
2. OMS | Activité physique [Internet]. WHO. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
3. DICOM_Anne.G, DICOM_Anne.G. Activité physique et santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>
4. Maillot P, Becquard C, Perrot A. Motivation des personnes âgées à pratiquer une activité physique. *Gerontologie et societe*. 3 juill 2018;40 / n° 156(2):127-42.
5. 9789240694842_fre.pdf [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
6. OMS | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. WHO. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
7. OMS | L'activité physique des personnes âgées [Internet]. WHO. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/
8. Boirie Y. Mécanismes et causes de la sarcopénie. *Pratiques en nutrition*. juill 2018;14(55):12.
9. Rolland Y, Vellas B. La sarcopénie. *La Revue de Médecine Interne*. févr 2009;30(2):150-60.
10. Tournadre A, Vial G, Capel F, Soubrier M, Boirie Y. La sarcopénie. *Revue du Rhumatisme*. 1 janv 2019;86(1):39-45.
11. Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie. 86-1195 nov 21, 1986.
12. Référentiel-de-compétences-DEE.pdf [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-comp%C3%A9tences-DEE.pdf>
13. Activité physique en ergo.pdf.
14. Les personnes âgées - Les personnes âgées | Insee [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371789>
15. OMS | Faits marquants sur le vieillissement [Internet]. WHO. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>

16. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
17. Garabige A. Gregory PONTIÈRE, Économie du vieillissement. *Revue européenne des sciences sociales European Journal of Social Sciences*. 14 déc 2018;(56-2):296-8.
18. Constitution [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
19. WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
20. Meyer S. De l'activité à la participation. Belgique: De Boeck Supérieur; 2013. 274 p.
21. Meyer S. Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. 1. 5 oct 2018;4(2):13-28.
22. Vuillemin A. Bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées. *Science & Sports*. sept 2012;27(4):249-53.
23. activité physique, contexte et effet sur la santé [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/expcol_2008_activite.pdf?sequence=1
24. Janssen SL, Stube JE. Older adults' perceptions of physical activity: a qualitative study. *Occup Ther Int*. juin 2014;21(2):53-62.
25. de Groot GCL, Fagerström L. Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. juin 2011;18(2):153-60.
26. Via_-_Etude_bonnes_pratiques_Promotion_de_l_activite_physique.pdf [Internet]. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/gfia/bonnes-pratiques/Via_-_Etude_bonnes_pratiques_Promotion_de_l_activite_physique.pdf
27. Depiesse F. 3 - Promotion de la santé par les activités physiques. In: Grillon J-L, Coste O, Depiesse F, éditeurs. *Prescription des activités physiques* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2009 [cité 15 oct 2019]. p. 33 - 58. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978229470215000003X>
28. Miller JM, Sabol VK, Pastva AM. Promoting Older Adult Physical Activity Throughout Care Transitions Using an Interprofessional Approach. *The Journal for Nurse Practitioners*. janv 2017;13(1):64-71.e2.
29. Romelaer P. Chapitre 4. L'entretien de recherche. *Methodes Recherches*. 2005;101-37.
30. Petit_guide_de_méthodologie_de_l_enquête.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/publications/Enseignement/Petit_guide_de_me%CC%81thodologie_de_l_enque%CC%82te.pdf

31. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Nathan; 1992. 125 p.
32. Pouplin S, Chaillot F, Chavoix C. Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France : la loi Jardé et son évolution. 2019;6.
33. Fiche_62_cle581f59.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
34. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. U. 2012;231-314.
35. The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. Los Angeles, Calif: SAGE Publications Inc; 2008. 1072 p.
36. Mutel M, Sibelet N. L'interprétation des données : 2013;7.
37. Approche_20centr_C3_A9e_20sur_20la_20personne_20.pdf [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: http://cabinetgrandclerc.eu/wa_files/Approche_20centr_C3_A9e_20sur_20la_20personne_20.pdf
38. Rogers CR, Richon H-G, Kirschenbaum H, Henderson VL, Randin J-M. L'approche centrée sur la personne. Genève: Éditions Ambre; 2013.
39. Recensions. Approche Centree sur la Personne Pratique et recherche. 12 sept 2012;n° 15(1):72-8.
40. Foureur N. Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées. Gerontologie et societe. 9 sept 2016;38 / n° 150(2):141-54.
41. Lamontagne J, Beaulieu M, Caron C. Le respect de l'autonomie des aînés lors des soins palliatifs. Éthique publique. 25 nov 2008;
42. Lacour C. La personne âgée vulnérable : entre autonomie et protection. Gerontologie et societe. 2009;32 / n° 131(4):187-201.
43. Gzil F. Alzheimer : Respect de l'autonomie. :6.
44. Gzil F, Rigaud A-S, Latour F. Démence, autonomie et compétence. Éthique publique Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale [Internet]. 25 nov 2008 [cité 23 févr 2020];(vol. 10, n° 2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/1453>
45. 2004-Travail_fin_etude.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: http://www.michelvial.com/boite_01_05/2004-Travail_fin_etude.pdf
46. mod3-cap2.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fun-mooc.fr/asset-v1:grenoblealpes+92001+session01+type@asset+block/mod3-cap2.pdf>
47. (4) (PDF) Le biais de confirmation en rechercheThe confirmation bias in research [Internet]. ResearchGate. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/333736316_Le_biais_de_confirmation_en_rechercheThe_confirmation_bias_in_research

48. Conduite d'Entretiens et posture de l'accompagnant en démarche d'orientation. 2010;17.
49. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :19.
50. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. Recherche en soins infirmiers. 2012;N° 110(3):13-20.
51. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques Psychologiques. mars 2004;10(1):79-86.
52. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Aldine; 1967. 292 p.

6. Annexe

Annexe 1 : équation de recherche

Mots clés	Bases de données	Total selon le texte	Total selon un mot dans le résumé	Total selon un mot dans le titre
Ergothérapeute, activité physique, personnes âgées, sarcopénie, prévention	Cairn	0	0	0
Ergothérapeute, activité physique, personnes âgées, sarcopénie, prévention	Science direct	17	4	3
Ergothérapeute, activité physique, personnes âgées, sarcopénie, prévention	Summon	7	4	3
Ergothérapeute, activité physique, personnes âgées, sarcopénie, prévention	Google scholar	144	/	/
Occupational therapist, physical activities, sarcopenia, aged, prevention	Summon	0	0	0
Occupational therapist, physical activities, sarcopenia, aged, prevention	Google scholar	6190	/	/
Occupational therapist, physical activities, sarcopenia, aged, prevention	Cochrane	0	0	0

Les “/” signifient que la base de données ne peut pas permettre de répondre à ce paramètre.

Annexe 2 : tableau pour déterminer le niveau de preuve scientifique de l'article

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe 3 : La matrice de l'enquête exploratoire

Numéro	Intitulé de la question	Modalité de réponse	Objectifs
Q1	Lorsque vous commencez à accompagner une personne âgée ne pratiquant pas suffisamment d'activité physique qu'est ce que vous faites dans un premier temps ?	Ouverte	Savoir comment les ergothérapeutes commencent leur démarche d'accompagnement
Q2	Pouvez-vous me décrire l'ordre typique des étapes lors de votre accompagnement ?	Ouverte	Savoir les différentes étapes que l'ergothérapeute utilise pour accompagner les personnes âgées à la mise en place d'activité physique
Q3	Pour chaque étape, quelles sont les actions que vous mettez en place	Ouverte	Savoir les outils et techniques utilisées par les ergothérapeutes pour accompagner les personnes âgées à la mise en place d'activité physique.

Q4	Comment décririez-vous ce que vous mettez en place afin de favoriser la motivation de cette personne âgée à mettre en place des activités physiques régulières ?	Ouverte	Connaitre les outils et techniques que les ergothérapeutes utilisent pour motiver les personnes âgées à mettre en place des activités physiques.
Q5	Avec quels professionnels travaillez-vous lorsque vous êtes dans cette démarche d'accompagnement ?	Ouverte	Savoir avec qui les ergothérapeutes travaillent dans cette démarche.
Q6	Comment travaillez-vous avec chacun de ces professionnels ?	Ouverte	Savoir comment les ergothérapeutes travaillent en équipe dans cette démarche. Savoir la place de l'ergothérapeute dans une équipe dans cette démarche

Annexe 4 : le corpus pour analyser l'enquête exploratoire

Q1 : Lorsque vous commencez à accompagner une personne âgée qui ne pratique pas suffisamment d'activité physique qu'est-ce que vous faites dans un premier temps ?

Entretien numéro 1

- Bilan d'autonomie à l'entrée pour évaluer ce qu'ils sont capables de faire sur le moment et d'où vient le problème de perte d'autonomie (depuis quand, les activités qu'il faisait, celle qu'il a arrêté et depuis quand et pourquoi, celle qu'il aime faire, celle qu'il devait faire ...)
- Evaluation de l'environnement humain : s'il est facilitant ou obstacle
- Evaluation de l'environnement matériel au niveau du domicile pour préparer le retour à domicile.

Entretien numéro 2

- Evaluation de son histoire de vie, des capacités, des activités significatives et des besoins de la personne. Il est important de bien connaître la personne. Si l'on connaît la personne, on est capable d'identifier les freins qui la bloqueraient et les leviers qui la boosterait à mettre en place des activités physiques. Ainsi en connaissant bien la personne nous pouvons adapter notre discours et nos propositions d'activité physique. Connaître la personne et comment interagir avec elle permettrait d'améliorer le taux d'acceptation à la pratique d'activité physique.

Q2 : Pouvez-vous me décrire l'ordre typique des étapes lors de votre accompagnement ?

Entretien numéro 1

- Veiller à la mise en place d'activités physiques régulières au sein de l'établissement. Création d'un programme dans le SSR appelé patient actif patient sortant. Part de l'observation que les personnes hospitalisées n'ont comme activité physique régulière la rééducation. L'objectif du programme est la mise en place de nouvelles activités physiques régulières au sein de l'établissement en dehors des séances de rééducation. Le but est de les remettre en activité.
- Réadaptation : MES des patients dans les activités qu'ils feront à leur retour à domicile avec la possibilité d'utiliser des A-T.
- Organisation de la sortie : l'objectif est de faire en sorte qu'au domicile ils réalisent en sécurité et de manière adaptée ou non, les activités qu'ils souhaitent faire et qu'ils doivent faire.

Entretien numéro 2 :

- Il faut d'abord construire un lien, une relation de confiance avec la personne. Pour cela l'ergothérapeute passe du temps avec la personne âgée, lui demande des nouvelles ... Cette relation de confiance permet d'avoir plus de chance qu'elle accepte l'activité physique que je lui propose.
- Après ce temps de discussion elle lui propose des activités physiques en précisant l'intérêt de cette pratique.
- Veiller à ce que la personne continue la pratique des activités physiques sans présence de l'ergothérapeute.

Q3 : Pour chaque étape, quelles sont les actions que vous mettez en place ?

Entretien numéro 1 :

- Pour Veiller à la mise en place d'activités physiques régulières au sein de l'établissement : répertoire de toutes les activités dans l'établissement que les patients pourraient être amenés à faire. Evaluation de chaque patient à la capacité à la réaliser et adaptation si besoin. Education thérapeutique du patient à l'intérêt de pratiquer ses activités.
- Pour la phase de réadaptation : évaluation des barrières à la pratique de l'activité. Les ergothérapeutes apprennent les patients à sécuriser et gérer leurs activités. Mise en place d'A-T si nécessaire. Echange avec l'équipe pour leur transmettre comment stimuler avec cette personne la pratique de ses activités.
- Pour l'organisation de la sortie : MES des patients dans les activités qu'ils souhaitent faire en présence de la famille puis voir avec cette dernière pour que ces activités continuent au domicile avec l'utilisation de matériel si nécessaire et de technique d'accompagnement de la famille. Transmissions des informations importantes à la famille. Si l'entourage n'a pas compris l'intérêt de garder des activités physiques pour l'autonomie de la personne alors éducation de l'entourage. L'ergothérapeute met en place les A-T.

Entretien numéro 2 :

- Aménager l'environnement pour qu'il puisse être favorable à la pratique d'activité physique.
- Informer l'équipe pluridisciplinaire des participations d'activité physique de chaque résident pour que l'équipe veille à cette pérennité de pratique.
- Répéter plusieurs fois à la personne l'intérêt pour elle dans sa situation de continuer à faire ces activités physiques

Q4 : Comment décririez-vous ce que vous mettez en place afin de favoriser la motivation de cette personne âgée à mettre en place des activités physiques régulières ?

Entretien numéro 1 :

Part du principe qu'il y a toujours un grain de motivation chez la personne âgée. L'objectif est de trouver ce qu'ils ont envie de faire, ce qui les intéresse. Il ne faut surtout pas les forcer à faire quelques choses qu'ils n'ont pas envie de faire ! Importance de l'éducation thérapeutique, de l'accompagnement et de l'écoute. Rechercher le plaisir et le côté signifiant de l'activité. Eviter l'échec mais favoriser la réussite.

Entretien numéro 2 :

L'ergothérapeute doit respecter que la personne refuse l'activité. Ne jamais brusquer la personne, respecter le rythme et les choix de la personne Il faut respecter son autonomie de choix. Si on va à l'encontre de son choix, elle n'a pas l'impression qu'on la respecte et elle ne nous fera plus confiance. La solution est de proposer une activité physique à un autre moment. C'est le soignant qui doit s'adapter aux résidents.

L'ergothérapeute doit dégager l'aspect ludique et humoristique de l'activité physique.

Se servir du groupe pour motiver la personne à pratiquer l'activité physique.

Q5 : Avec quels professionnels travaillez-vous lorsque vous êtes dans cette démarche d'accompagnement ?

Entretien numéro 1 :

Les professionnels sont les médecins, les masseurs kinésithérapeutes, les aides-soignantes, les infirmières, une équipe spécialisée se déplaçant au domicile, les professionnels hors de l'établissement (orthophonistes, équipe spécialisée Alzheimer ...)

Entretien numéro 2 :

Les professionnels sont les masseur kinésithérapeutes, aides-soignantes, infirmières, médecins, animatrices, agents de services hospitaliers, psychologues.

Q6 : Comment travaillez-vous avec chacun de ces professionnels ?

Entretien numéro 1 :

A la fin de l'évaluation d'entrée, l'ergothérapeute échange avec les médecins, les kinés, les aides-soignantes, les infirmières pour faire un bilan de l'entretien, ce qu'il est capable de faire,

ce que l'ergothérapeute a mis en place ... Une réunion pluridisciplinaire a lieu une fois par semaine pour échanger sur chaque patient.

Travail en collaboration avec l'équipe spécialisée qui eux réalisent les aménagements pour le retour à domicile. S'il y a nécessité de faire des travaux au domicile l'équipe spécialisée y va.

Synthèse écrite donnée au famille pour qu'ils les montrent aux professionnels de ville (orthophonistes, équipe spécialisée Alzheimer ...): synthèse en quelques lignes des problématiques et évolutions essentielles, bilan réalisé et impact sur les activités.

Entretien numéro 2 :

Les différents professionnels peuvent nous informer sur la personne afin de mieux la connaître pour mettre en place des activités physiques pertinentes.

L'ergothérapeute fait avec la psychologue les projets de vie, les réunions avec les résidents et les familles.

Informé et conseiller l'équipe pour veiller à ce que les personnes continuent à pratiquer l'activité physique (mise en place auparavant) en l'absence de l'ergothérapeute.

L'ergothérapeute coordonne les aides-soignantes pour cette étape.

Annexe 5 : les résultats des entretiens classés par thème :

Thème n°1 : L'évaluation

Entretien numéro 1 :

A l'entrée des personnes un bilan d'autonomie est réalisé par l'ergothérapeute. Il vise à savoir ce qu'ils sont capables de faire, ce qu'ils font, ce qu'ils ne font plus, ce qu'il aime faire ... et comprendre la cause de la perte d'autonomie. L'ergothérapeute évalue l'environnement humain pour savoir s'il est facilitant ou obstacle et l'environnement matériel du domicile pour préparer le retour à domicile. Elle évalue les barrières à la pratique de l'activité.

Entretien numéro 2 :

A l'entrée des personnes, l'ergothérapeute cherche à évaluer leurs histoires de vie, leurs capacités, leurs activités significatives, leurs besoins et leurs projets de vie.

Thème n°2 : Mise en place de la première activité physique

Entretien numéro 1 :

L'ergothérapeute vise à la mise en place d'activités physiques régulières au sein de l'établissement. L'ergothérapeute utilise un programme créé dans son centre de rééducation appelé « patient actif, patient sortant ». Les activités que les patients peuvent être amenés à faire dans l'établissement sont répertoriées. L'ergothérapeute évalue pour chaque patient leur capacité de réaliser les activités et met en place des adaptations si besoin. L'ergothérapeute propose de l'éducation thérapeutique du patient pour l'informer sur l'intérêt de pratiquer des activités physiques.

Entretien numéro 2 :

L'ergothérapeute cherche en premier temps à bien connaître la personne. Elle part du principe que bien connaître la personne permet d'identifier les freins qui la bloqueraient et les leviers qui la boosterait à mettre en place des activités physiques. En connaissant la personne, l'ergothérapeute peut adapter son discours et les activités physiques à proposer.

L'ergothérapeute cherche aussi à construire une relation de confiance avec la personne en passant du temps avec elle, lui demandant des nouvelles...

Pour l'ergothérapeute connaître la personne et construire une relation de confiance est une priorité. Elle part du principe que cela permettrait d'améliorer le taux d'acceptation à la pratique d'activité physique. Une fois ces deux objectifs atteints, elle propose des activités physiques à la personne en précisant l'intérêt de cette pratique.

Thème n°3 : Pérennité de l'activité physique

Entretien numéro 1 :

Pour préparer le retour à domicile, l'ergothérapeute propose aux patients des mises en situations au centre de rééducation en présence de leurs familles. Les mises en situations concernent les activités qu'ils souhaitent pratiquer ou qu'ils pratiqueront à leur domicile. Des aides techniques sont proposées. L'ergothérapeute donne des techniques d'accompagnement à la famille et transmettent les informations importantes. Si la famille ne comprend pas l'intérêt de pratiquer des activités physiques alors l'ergothérapeute met en place de l'éducation thérapeutique.

Entretien numéro 2 :

L'objectif de l'ergothérapeute est que la personne continue à pratiquer les activités physiques sans présence de l'ergothérapeute. Pour atteindre cet objectif l'ergothérapeute réalise 3 actions majeures. Elle aménage l'environnement de l'EHPAD pour qu'il soit favorable à la pratique d'activité physique. L'ergothérapeute informe l'équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute répète plusieurs fois à la personne l'intérêt dans sa situation de continuer à pratiquer ces activités physiques.

Thème n°4 : Motiver à la mise en place d'activité physique

Entretien numéro 1 :

L'objectif est de trouver ce qu'ils ont envie de faire, ce qui les intéresse. L'ergothérapeute doit rechercher le plaisir et le côté signifiant de l'activité. Il ne faut pas forcer la personne à faire l'activité si elle ne veut pas. L'activité ne doit pas mener à l'échec. L'ergothérapeute s'appuie sur l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et l'écoute.

Entretien numéro 2 :

L'ergothérapeute doit respecter le refus, le rythme et les choix de la personne. Si l'ergothérapeute va à l'encontre des choix de la personne, la relation de confiance sera diminuée. La solution est de proposer une activité physique à un autre moment. Il ne faut pas brusquer la personne. C'est le soignant qui s'adapte à la personne. Les aspects de l'activité physique à dégager sont l'humour, l'aspect ludique et groupal.

Thème n°5 : L'ergothérapeute au sein de l'équipe

Entretien numéro 1 :

L'ergothérapeute échange sur la prise en soin de chaque patient en lien avec l'activité physique une fois par semaine au cours d'une réunion pluridisciplinaire. Elle transmet à l'équipe pluridisciplinaire comment stimuler avec chaque personne la pratique d'activité physique. L'ergothérapeute travaille en collaboration avec l'équipe spécialisée pour le retour à domicile et les aménagements à faire (si besoin). A la fin de la prise en soin l'ergothérapeute transmet aux familles une synthèse écrite de la prise en soin. Cette synthèse est destinée aux professionnels de ville (orthophonistes, équipe spécialisée Alzheimer ...).

Entretien numéro 2 :

L'équipe pluridisciplinaire informe l'ergothérapeute sur chaque personne. Ainsi l'ergothérapeute connaît mieux chaque personne. Les bénéfices de mieux connaître la personne sont évoqués dans le deuxième thème. L'ergothérapeute travaille avec la psychologue pour la création des projets de vie personnalisés. Elles organisent ensemble les réunions avec les personnes et leurs familles. L'ergothérapeute informe et conseille l'équipe pluridisciplinaire (les aides-soignantes principalement) pour veiller à la pérennité de l'activité physique en l'absence de l'ergothérapeute.

Annexe 6 : Matrice des entretiens

	A	B
1		L'évaluation
2	Ergothérapeute A travaillant en SSR gériatrique	Bilan d'autonomie (cause de la perte d'autonomie ?), des activités (antérieures, actuelles, capacités, souhait ...), environnement humain (facilitant ou obstacle), environnement matériel (préparer le retour à domicile)
3	Ergothérapeute B travaillant en EHPAD	L'histoire de vie, leurs capacités, leurs activités significatives, leurs besoins et leur projet de vie

C

Mise en place de la première activité physique

Mise en place dans l'établissement grâce à un programme. Evaluer les activités répertoriées dans le programme que la personne peut faire (avec ou sans aides techniques). Education thérapeutique (l'intérêt de pratiquer des activités physiques)

Connaître la personne, construire une relation de confiance pour adapter son discours et choisir les activités physiques à proposer. Ensuite proposition d'activité physique. Information sur l'intérêt de pratiquer des activités physiques.

D

Pérennité de l'activité physique

Patient mis en situation sur des activités sélectionnés en présence de sa famille. Aides techniques proposées. Techniques d'accompagnement données à la famille. Education thérapeutique de la famille sur l'intérêt de pratiquer des activités physiques.

L'objectif est que la personne pratique les activités physiques sans l'ergothérapeute : aménagement de l'environnement de l'EHPAD, informer l'équipe pluridisciplinaire, répéter l'intérêt de pratiquer des activités physiques.

E

Motiver à la mise en place d'activité physique

Trouver ce qu'ils souhaitent faire, ce qui les intéresse. Rechercher l'aspect signifiant et plaisir de l'activité. Ne pas forcer, ne pas mener à l'échec. S'appuyer sur l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et l'écoute.

Respecter le refus, le rythme et les choix de la personne. Ne pas brusquer. Le soignant s'adapte à la personne. Proposer l'activité physique à un autre moment. Rechercher l'aspect ludique, groupal et humoristique de l'activité.

F

L'ergothérapeute au sein de l'équipe

Echange pendant la réunion pluridisciplinaire (aide l'équipe à stimuler la pratique d'activité physique pour chaque personne).
Collaboration avec l'équipe spécialisée pour le retour à domicile.
Synthèse destinée aux professionnels de ville.

L'équipe pluridisciplinaire informe l'ergothérapeute sur chaque personne.
Travaille avec la psychologue pour la création des projets de vie personnalisés et l'organisation des réunions avec les personnes et leurs familles.
Informe et conseille l'équipe pour veiller à la pérennité de l'activité physique en absence de l'ergothérapeute.

Annexe 7 : matrice théorique

Concepts	Variables	Indicateurs
L'approche centrée sur la personne	Centré sur la personne	N'impose pas, n'interprète pas, ne conseille pas Favorise son autonomie Accepte la personne comme elle est
	Ambiance propice	Cadre sécurisant Posture d'accompagnement Favorisant l'expression Ecoute compréhensive
L'autonomie	Liberté de choix de l'individu	Prise de décision Possibilité d'accepter ou de refuser l'activité Respect du refus par les soignants
	L'individu transmet ses volontés	Possibilité d'exprimer ses volontés Prise en compte de ses volontés

Annexe 8 : Notice d'information sur la recherche

Notice d'information

« La pratique en ergothérapie d'activité physique chez les personnes âgées »

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, Rigaud Mathis, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « **la place de l'approche centrée sur la personne et de l'autonomie afin d'éviter un refus dans la mise en place d'activité physique pérenne chez les personnes âgées ?** »

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'entretien vous adresser à l'investigateur Rigaud Mathis pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

- Savoir si les ergothérapeutes s'appuient sur l'approche centrée sur la personne et leur autonomie pour éviter le refus et comment ils les utilisent
- Découvrir si l'ergothérapeute utilise d'autres moyens pour éviter le refus
- Comprendre comment l'activité physique est choisie
- Savoir si les ergothérapeutes s'appuient sur l'approche centrée sur la personne et leur autonomie pour choisir l'activité physique
- Découvrir comment l'ergothérapeute réagit à un refus de l'activité physique ?
- Savoir si les ergothérapeutes s'appuient sur l'approche centrée sur la personne et leur autonomie lors d'un refus de l'activité physique ?

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Un entretien semi dirigé d'une durée approximative de 30 min sera utilisée pour répondre aux objectifs de cette recherche. Vous raconterez la manière dont vous mettez en place une activité physique auprès de personnes âgées.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment sans justification et sans conséquence

Signature :

Date : ___/___/_____

Annexe 9 : recueil de non opposition à la recherche et à l'enregistrement

Formulaire du recueil de consentement

« La pratique en ergothérapie d'activité physique chez les personnes âgées »

Mr Mathis RIGAUD, étudiant ergothérapeute, l'investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « **la place de l'approche centrée sur la personne et de leur autonomie afin d'éviter un refus dans la mise en place d'activité physique pérenne chez les personnes âgées** »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'atteste que je suis affilié à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement Informatisé des données nominatives qui me concernant en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

J'accepte également l'utilisation d'un enregistreur vocal pour faciliter l'analyse des données

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « **la place de l'approche centrée sur la personne et de leur autonomie afin d'éviter un refus dans la mise en place d'activité physique pérenne chez les personnes âgées** »

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le

Participant à la recherche :

Nom Prénom :

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Investigateur principal :

Rigaud Mathis

Signature : Mathis

Annexe 10 : Matrice des entretiens

Question	Intitulé de la question	Modalité de réponse	Objectif des questions
Phrase d'entame	Pour commencer pouvez-vous me décrire brièvement votre pratique de manière globale ?	Ouverte	<ul style="list-style-type: none"> - Découvrir la pratique globale de l'ergothérapeute - Avoir une forme d'entonnoir dans sa pratique (d'abord global puis centrée sur l'activité physique) - L'ergothérapeute est plongé dans sa pratique
Q1	<p>Lorsque vous mettez en place une nouvelle activité physique avec une personne âgée comment se met en place cette activité physique ?</p> <p>Relance : Pouvez-vous m'en dire plus sur le choix de cette activité physique ?</p>	Ouverte	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre comment l'activité physique est choisie - Savoir si l'ergothérapeute s'appuie sur l'approche centrée sur la personne et leur autonomie pour choisir l'activité physique
Q2	<p>Maintenant malgré tout ce dont vous venez de me raconter la personne âgée refuse l'activité physique, comment procédez-vous par la suite ?</p> <p>Relance (si jamais l'ergo parle de se réadapter) : comment vous réadaptez vous alors ?</p>	Ouverte	<ul style="list-style-type: none"> - Découvrir comment l'ergothérapeute réagit à un refus de l'activité physique ? - Savoir si l'ergothérapeute s'appuie sur l'approche centrée sur la personne et leur autonomie lors d'un refus de l'activité physique ? - Si l'ergothérapeute réadapte sa pratique comment le fait-il ?
Q3	<p>Enfin dans le cadre de la mise en place d'une nouvelle activité physique avec une personne âgée, comment vous évitez son refus ?</p>	Ouverte	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir si l'ergothérapeute s'appuie sur l'approche centrée sur la personne et leur autonomie pour éviter le refus - Savoir comment il utilise ces concepts - Découvrir si l'ergothérapeute utilise d'autres moyens pour éviter le refus

Annexe 14 : matrice issues de l'analyse thématique

A	B
1	<p>Les actions pour mettre en place l'activité physique</p> <p>Elle propose l'activité physique en fonction de qui elle voit</p> <p>Elle propose l'activité au cas par cas</p> <p>Elle propose l'activité et après elle teste</p> <p>Elle vend l'activité : "ah moi je suis devenu commercial" et la décise, elle rassure.</p> <p>Les résidents qu'elle ne connaît pas, elle explique l'activité</p>
2	<p>Elle propose les activités qu'ils font</p>
3	<p>Ils réfléchissent à l'activité en équipe</p> <p>Elle met des affiches dans l'ascenseur, dans les couloirs comme ça les résidents savent qu'il va y avoir une nouvelle activité et ils sont attirés</p> <p>Elle va à la rencontre des résidents pendant les activités, le dîner et elle leur explique l'activité</p> <p>Quand l'activité est mise en place, elle passe dans toutes les chambres pour les proposer</p> <p>Pour éviter le refus, c'est la manière de lui proposer qui est le plus important, elle décrit le plus possible.</p> <p>Quand c'est une nouvelle résidente qu'il faut stimuler pour aller à la gym, elle décrit l'activité et lui explique comment ça va se passer, combien de temps ça prend, ou est ce que ça se passe, avec qui on est et elle décrit vraiment tout ce qu'on peut y faire</p> <p>Il y a tout un cheminement pour les rassurer, vraiment leur expliquer, c'est vraiment tout un travail explicatif avant de les avoir en séance.</p> <p>Elle utilise une plateforme Zebrix pour diffuser des photos, vidéos ... des activités qu'ils font sur la télévision des résidents pour leur donner envie de participer</p>

1	<p>Après un refus de l'activité physique</p> <p>Si la personne elle refuse pendant le groupe elle va tâter le terrain</p> <p>Elle tâte pour savoir pourquoi il refuse : pas l'envie, s'ils sont perdus ou s'ils ne savent pas trop ce qui est proposée</p> <p>Elle essaye de passer dans le côté jeu, de minimiser l'exercice et qu'ils ne vont pas être seul</p> <p>Elle arrive à faire changer les avis avec un sourire et une petite main sur l'épaule</p> <p>Elle décrit et valorise l'activité "en fait tu peins l'activité en grande ligne"</p> <p>S'ils ne sont pas convaincus, elle arrête l'activité et elle trouve une valeur sûre</p> <p>Trouve des petits stratagèmes pour qu'ils essayent quand même</p> <p>Quand il y a un refus elle insiste un peu mais elle ne force pas</p> <p>Elle va insister en lui disant d'essayer et après on avise comme ça elle voit si ça marche ou pas</p> <p>Si la personne est catégorique elle abandonne et n'insiste pas et elle lui dit "la prochaine fois vous participerez avec moi".</p> <p>Elle creuse un minimum</p>
2	<p>Si la personne n'adhérait pas aux ateliers, elles pouvaient en créer des nouveaux</p> <p>Si les personnes n'accrochent pas aux activités, elle essaye de trouver une activité pour eux</p> <p>Si elle voit qu'elle a un refus, elle va laisser quelques jours la personne et revenir plus tard parce qu'il ne faut pas insister pour arriver à un refus net</p> <p>Elle peut par le biais d'autres résidents mettre la résidente en activité (exemple)</p> <p>Avec l'intermédiaire de la famille qui pouvait les booster en venant à la première séance.</p> <p>Dire au résident que sa fille serait content de savoir ce qu'elle a fait aujourd'hui</p> <p>En cas de refus total la marche fonctionne très bien</p> <p>Elle trouve des astuces</p> <p>Elle met en place des stratégies pour contourner le refus</p>
3	<p>La personne refuse mais la famille est derrière et qu'il faut absolument prendre même si la résidente n'a pas envie il faut forcer. Dans ce cas de figure elle essaye de faire comprendre à la personne que c'est la famille qui veut.</p> <p>Il y en a d'autres qui ont dit « non » mais en proposant, en expliquant ce qu'on faisait, qu'on n'était pas obligé de se mettre debout, utiliser un discours de rassurer la personne</p> <p>Elle explique, elle rassure et c'est bien souvent comme ça qu'ils viennent (Elle dit que c'est une gymnastique adaptée où la personne peut être assis ou debout)</p> <p>Lorsqu'elle a une fois un refus ok, la deuxième fois ok, la troisième fois elle essaye de comprendre pourquoi, il y a beaucoup de chances qu'ils n'aiment pas être vu en groupe ou qu'ils ne sauront pas faire les exercices comme les autres et à ce moment il y a tout un travail à leur expliquer, à leur permettre de venir en tant que personne tel qu'ils sont et qu'ils ne doivent pas ressembler aux autres pour venir.</p>

1	<p>L'évaluation</p> <p>Connaissance du résident, aussi grâce à ce que les équipes peuvent lui dire</p> <p>Elle sait que des résidents vont préférer telle ou telle activité</p> <p>Quand elle ne connaît pas le résident, elle voit à quoi il adhère dans les ateliers de groupe</p> <p>Elle utilise des évaluations personnelles pour savoir ce qu'ils ont aimé faire comme sport et qu'est ce qu'elle va pouvoir tester avec eux</p>
2	<p>Demande à la personne ce qu'elle aimait faire, ses objectifs à elle. Elle part des objectifs de la personne</p> <p>Elle met en situation d'activité physique basique la personne</p> <p>Elle évalue le niveau de la personne pour savoir le niveau de ce qu'elle peut proposer</p>
3	<p>A la fin de l'activité physique elle demande toujours ce qu'ils apprécient et ce qu'ils aiment le plus</p> <p>Elle se base sur ce qu'ils veulent pour la fois d'après, elle se base sur leur demande.</p> <p>Elle utilise l'essai/erreur et elle se rend compte qu'il y a des points à améliorer et d'autres qu'il ne faut plus faire. De là elle poursuit l'activité physique.</p>

1	<p data-bbox="304 629 491 667">l'activité physique</p> <p data-bbox="304 669 1327 887"> Choisit une activité physique pour des résidents pour qui ca a du sens Elle choisit des activités qui changent, où ils sentent que ca travaille et qu'ils le sentent bien. Elle choisit les activités en fonction de l'état, de la motivation et de ce que les résidents aiment faire Elle pose la question aux résidents du choix de l'activité et après elle avise L'activité est choisie en fonction des résidents présent dans le groupe Elle adapte au fur et à mesure et en fonction des résidents qui passent L'émulation du groupe </p>
2	<p data-bbox="304 1084 1327 1178"> Si elle voit que la personne elle accroche aux activités physiques basiques, elle allait proposer généralement une activité physique sportive un petit peu plus personnalisé Pour elle la principale chose est de proposer une activité signifiante </p>
3	<p data-bbox="304 1408 1327 1503"> La première fois elle fait l'activité comme elle pense L'effet de groupe qui est intéressant comme à tout âge Elle utilise du matériel (parachute, balle ...), des couleurs et des petits défis </p>

Résumé et mots clés

Le vieillissement de la population mondiale est d'actualité. 39,9% des personnes âgées ont un temps de pratique d'activité physique inférieur aux recommandations de l'organisation mondiale de la santé. La recherche s'est intéressée à l'accompagnement des personnes âgées par les ergothérapeutes pour la mise en place d'activité physique régulière. Une enquête exploratoire a permis de donner plusieurs éléments de réponse à la question. L'analyse de deux concepts (l'approche centrée sur la personne et l'autonomie) a donné des éléments pour éviter le refus. Par le biais d'une méthode clinique et d'entretien semi dirigé, la recherche s'est intéressée à l'utilisation de ces concepts par les ergothérapeutes français pour éviter le refus des personnes âgées de l'activité physique. L'analyse thématique et inductive a permis l'émergence de résultats. Les ergothérapeutes évaluent pour connaître la personne, ses activités et objectifs, décrivent, proposent et communiquent autour de l'activité physique, choisissent l'activité physique et s'adaptent à la suite d'un refus. Ces 3 ergothérapeutes utilisent des indicateurs de l'approche centrée sur la personne et l'autonomie.

Ergothérapeute ; activité physique ; personnes âgées ; refus de l'activité ; santé publique

The ageing of the world's population is a topical issue. 39.9% of older people have less physical activity time than recommended by the World Health Organization. The research focused on how occupational therapists support older people in setting up regular physical activity. An exploratory survey provided some answers to the question. The two occupational therapists talk about the importance of respecting the refusal of physical activity but do not give any elements to avoid it. The analysis of two concepts (the person-centred approach and autonomy) gave elements to avoid refusal. Using a clinical method and semi-structured interview, the research focused on the use of these concepts by French occupational therapists to avoid older people's refusal to participate in physical activity. The thematic and inductive analysis allowed the emergence of results. Occupational therapists evaluate to get to know the person, their activities and objectives, describe, propose and communicate around physical activity, choose the physical activity and adapt following a refusal. These 3 occupational therapists use indicators of the person-centred and autonomous approach.

Occupational therapist ; physical activity ; older persons ; refusal of physical activity ; public health