



HAL
open science

L'ergothérapie et la promotion de l'activité physique : un accompagnement vers le pouvoir d'agir des personnes atteintes d'affections longues durées

Émilie Tran

► To cite this version:

Émilie Tran. L'ergothérapie et la promotion de l'activité physique : un accompagnement vers le pouvoir d'agir des personnes atteintes d'affections longues durées. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03281399

HAL Id: dumas-03281399

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03281399v1>

Submitted on 24 Aug 2021

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

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



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

Aix*Marseille
université



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

TRAN Emilie

UE 6.5 : Mémoire
d'initiation à la recherche
20/05/2021

**L'ergothérapie et la promotion de l'activité physique : un accompagnement
vers le pouvoir d'agir des personnes atteintes d'affections longues durées**

Sous la supervision de M. Julien PAVÉ et de M. Sébastien GRIOT

Diplôme d'État d'ergothérapie

« Ce n'est pas la force du corps qui compte, mais la force de l'esprit. » - JRR Tolkien

Remerciements :

Je tiens à remercier M. Julien PAVÉ, mon directeur de mémoire pour son aide et ses conseils durant ces deux dernières années.

Je remercie M. Sébastien GRIOT, mon référent professionnel pour sa disponibilité, ses conseils, son accompagnement et son partage d'expérience dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie tous les ergothérapeutes ayant pris le temps de me répondre pour faire avancer ce travail de recherche.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFE de Marseille pour leur accompagnement tout au long de ces trois années.

Je remercie mes proches pour leur soutien et leur encouragement durant ces années de formation.

Je remercie l'ensemble de la promotion de 2018-2021 pour leur gentillesse et la bonne entente générale dans le groupe.

Je remercie mon groupe de mémoire pour leurs conseils, leurs critiques constructives et leur soutien.

Je remercie également toutes les personnes ayant participé, de près ou de loin, à l'aboutissement de ces trois années de formation et de ce travail de recherche.

Sommaire

1	Introduction	1
1.1	Émergence du thème	1
1.1.1	Contexte.....	1
1.1.2	Champs disciplinaires.....	2
1.1.3	Terminologie	3
1.1.4	Résonance du thème	4
1.1.5	Enjeux et intérêts	5
1.2	Revue de littérature	6
1.2.1	Champs disciplinaires et bases de données utilisées	6
1.2.2	Recherches d'études scientifiques.....	7
1.3	Analyse critique de la revue de littérature.....	8
1.3.1	La santé physique	8
1.3.2	La santé psychologique et sociale	10
1.3.3	La qualité de vie	11
1.3.4	Actions de promotion des activités physiques.....	11
1.3.5	L'ergothérapie et les maladies chroniques	13
1.4	Problématisation.....	15
1.5	Enquête exploratoire	16
1.5.1	Objectifs de l'enquête exploratoire	16
1.5.2	Choix de la population cible.....	17
1.5.3	Choix méthodologique de l'outil de recueil de donnée.....	17
1.5.4	Biais anticipés de l'enquête	17
1.5.5	Modalités de passation de l'enquête exploratoire	18
1.5.6	Test de l'outil de recueil de données	18
1.6	Résultats de l'enquête exploratoire	18
1.7	Questionnement.....	22
1.8	Cadre théorique	22
1.8.1	Engagement	23
1.8.2	Autonomie	26
1.9	Problématisation.....	31
2	Question et objet de recherche	32

3	Matériel et méthode.....	32
3.1	Choix de la méthode de recherche	33
3.2	Choix de la population cible.....	33
3.3	Outil de recueil de données	33
3.3.1	Choix de l’outil de recueil de données	34
3.4	Biais de l’ORD :	35
3.5	Cadre d’écoute.....	36
3.6	Outil d’analyse des résultats.....	36
3.7	Test de l’outil	37
4	Résultats	38
4.1	Analyse thématique verticale	39
4.1.1	Observation de l’évolution des personnes atteintes d’ALD par l’ergothérapeute.....	39
4.1.2	Le patient et ses ressentis	40
4.1.3	Le choix des activités physiques	41
4.1.4	L’utilité de l’intégration des activités physiques dans l’accompagnement selon les ergothérapeutes.....	43
4.1.5	Les facteurs facilitants ou obstacles au changement	44
4.2	Analyse horizontale.....	45
4.2.1	Discours de Mme C.	45
4.2.2	Discours de Mme F.	46
4.2.3	Discours de M. E.	47
4.2.4	Discours de Mme G.....	49
4.3	Analyse lexicale	51
4.3.1	Occurrence de mots : premier entretien Mme C.	51
4.4	Occurrence de mot : deuxième entretien Mme F.	51
4.5	Occurrence de mot : troisième entretien M. E.	52
4.6	Occurrence de mot : quatrième entretien Mme G.	52
4.7	Perception de l’ergothérapeute du pouvoir d’agir des patients engagés dans les activités physiques.....	53
4.8	Interprétation des résultats	55
5	Discussion	56
5.1	Critique des résultats au regard des études antérieures	56
5.2	Critique du cadre conceptuel.....	56
5.3	Critique du dispositif de recherche.....	57

5.4	Apports, intérêts et limite des résultats pour la pratique professionnelle.....	58
5.5	Transférabilité pour la pratique professionnelle et apports personnels.....	59
6	Conclusion.....	61
7	Bibliographie.....	62
8	Annexes.....	69

1 Introduction

Nous allons introduire le mémoire d'initiation à la recherche sur la thématique centrale de « l'ergothérapie et la promotion des activités physiques auprès des patients atteints d'affections longues durées (ALD) ». La revue de littérature effectuée en amont a permis d'établir un état des lieux de la recherche à partir de la problématique de départ autour de l'ergothérapie. Ensuite, nous expliciterons le dérouler de l'enquête exploratoire effectuée et les résultats obtenus. Nous développerons ensuite notre question initiale de recherche ainsi que les concepts qui en découlent. Cet étayage conceptuel nous amènera à construire notre question de recherche.

1.1 Émergence du thème

Afin de comprendre l'émergence du thème général, une explication du contexte de ce thème va être faite dans un premier temps. Dans un deuxième temps, les différents champs disciplinaires inclus ainsi que des termes présents dans la thématique centrale vont être définis, suivi du rapport implication/distanciation. Et enfin, la résonance du thème dans notre société actuelle va être exposée.

1.1.1 Contexte

Depuis le début de ma formation, la question de la place de l'ergothérapie dans l'activité physique a toujours été présente. En effet, ayant fait une formation en Activité Physique Adaptée¹ (APA) en amont, je me suis tournée vers l'ergothérapie afin d'ouvrir mon champ de compétence dans la rééducation/réadaptation sans pour autant perdre de vue ma formation antérieure. Le champ de l'activité physique est peu abordé dans le domaine de l'ergothérapie. Cependant, dans la circulaire du 3 mars 2017, il est mentionné que l'ergothérapeute peut être préconisé pour effectuer des séances d'APA auprès des patients atteints d'affections longues durées (ALD) au même titre que les kinésithérapeutes. Cependant, ce n'est pas un domaine où les ergothérapeutes sont les plus présents. Je me suis alors demandée quelle était la part d'ergothérapeute exerçant dans ce milieu ou

¹ Activité physique adaptée (APA) : Selon l'article L. 1172-1 du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, on entend par activité physique adaptée, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

utilisant les activités physiques comme moyen thérapeutique ? Pourquoi l'activité physique est-elle si peu utilisée en ergothérapie ? L'activité physique prend une part importante dans notre vie quotidienne et permet une amélioration de l'autonomie. En effet, pourquoi la part d'ergothérapeute dans les dispositifs d'activité physique sur prescription est-elle largement inférieure aux autres professionnels de santé ?

Ce questionnement nous a amené à la problématique suivante :

En quoi l'utilisation des activités physiques sur prescription en ergothérapie a-t-elle un impact dans la vie quotidienne des adultes atteints d'affections longues durées ?

Le thème peut être reformulé à ce stade en : L'ergothérapeute et la promotion de l'activité physique auprès des patients atteints d'affections longues durées.

1.1.2 Champs disciplinaires

Les champs disciplinaires inclus dans ce thème sont dans un premier temps, les Sciences médicales. En effet, l'activité physique sur prescription rentre dans le domaine des sciences médicales car ces dernières ont étudié ses bienfaits sur la santé de l'Homme.

Ensuite, le deuxième champ disciplinaire est le sport et les sciences du sport. Le domaine de l'activité physique rentre dans ce champ disciplinaire car le phénomène du sport santé/activité physique sur prescription a prouvé son efficacité à partir d'études faites sur les impacts du sport/activité physique sur le corps humain et ainsi la santé.

La santé publique est le troisième champ disciplinaire qui rentre dans le thème de la recherche. Ce phénomène de sport santé est ancré dans le domaine de la santé publique car la sédentarité devient un fléau de notre société. Elle engendre de nombreuses complications (maladies cardiovasculaires, respiratoires, métaboliques...) qui peuvent entraîner la mort.

Enfin, les sciences humaines et sociales sont le dernier champ disciplinaire. Ici, la sédentarité ou la mise en place de l'activité physique est révélateur d'un mode de vie que l'on étudie et que l'on constate. Ce mode de vie est amené à changer.

1.1.3 Terminologie

Afin de mieux comprendre la thématique centrale, une définition des termes présents est indispensable. En effet, le terme principal d'Activité Physique (AP), est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par « Tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique » (1). De plus, selon l'assurance maladie, l'activité physique regroupe « les activités physiques quotidiennes dont font partie :

- Les déplacements actifs : marcher, faire du vélo, monter et descendre par les escaliers,
- Les activités domestiques : faire le ménage, bricoler, jardiner,
- Les activités professionnelles (travail physique par exemple) ou scolaire.

L'activité physique regroupe aussi la pratique sportive, pratiquée selon des niveaux très différents : sports de loisirs ou de compétitions, sport à l'école, sport individuel ou collectif... » (2). Cela nous permet de confirmer que les activités physiques englobent un grand nombre d'activités de la vie quotidienne et qu'elles sont présentes dans la majorité de la journée, quelle que soit l'activité effectuée.

Ensuite, le terme ergothérapeute est défini par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) par « un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé ». L'objectif de l'ergothérapie est de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement » (3). Ces termes permettent de compléter les définitions précédentes, car l'activité physique peut rentrer dans les activités humaines ainsi que dans les habitudes de vie des personnes en situation de handicap.

Enfin selon l'INSEE², le terme d'affections longues durées a été mis en place dès la création de la sécurité sociale en France afin de permettre la prise en soins des patients atteints de maladies chroniques qui comporte un traitement long et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste créée par décret nommée ALD 30, fixe trente affections afin d'ouvrir le droit à une exonération du ticket modérateur, qui est obtenue suite à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical

² Institut National de la Statistique et des Études Économiques

(4). Selon l'assurance maladie, il existe deux sortes d'affections longues durées : les exonérantes et les non-exonérantes. Les ALD exonérantes concernent les maladies chroniques qui nécessitent un traitement prolongé et coûteux pour lequel le ticket modérateur³ est supprimé. Les ALD non exonérantes sont des maladies chroniques qui nécessitent une interruption de travail, ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à six mois mais qui n'ouvre pas droit à l'exonération du ticket modérateur (5).

1.1.4 Résonance du thème

D'après l'OMS, la sédentarité⁴ est un problème de santé publique mondial. En effet, c'est le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (1). Pour cela, la charte de Toronto a été créée en 2010. Celle-ci est un plaidoyer pour implanter le mode de vie actif durablement et de façon internationale. En effet, c'est un appel à l'action au niveau des politiques de chaque pays, et beaucoup d'entre eux le soutiennent (6). De plus, la même année, des recommandations d'activité physique par tranches d'âge ont vu le jour par l'OMS (7).

Durant les années qui suivent, en France, de nombreuses études sur les bénéfices de l'activité physiques ont été publiées sur le site du ministère de la santé afin de promouvoir l'activité physique (8). Quelques années plus tard, un décret du 30 décembre 2016 concernant l'activité physique adaptée a vu le jour. Il est relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD. Ce décret est intégré dans le code du sport, de l'éducation et de la santé publique (9). De plus, une circulaire du 3 mars 2017 a été publiée afin de donner un guide de dispensations d'activités physiques adaptées auprès des patients atteints d'ALD. Il est mentionné à l'intérieur que les professionnels pouvant dispenser sur prescription médicale une activité physique sont les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les enseignants en APA (10). De plus, une instruction a été transmise aux agences régionales de santé (ARS) afin de faciliter la mise en œuvre et l'accessibilité du dispositifs dans les territoire (11).

³ Le ticket modérateur représente la part de dépense qu'il reste à la charge du patient après remboursement de l'assurance maladie et avant déduction des participations forfaitaires (Service Public).

⁴ Sédentarité : Manque d'activité physique (OMS)

D'après les textes officiels, l'ergothérapeute a les compétences nécessaires pour dispenser une activité physique auprès des patients atteints d'ALD. L'ANFE a publié en 2018 des aides à l'engagement des ergothérapeutes dans l'activité physique et ALD. En effet, ces documents sont : un guide à l'usage des prescripteurs et des recommandations de bonnes pratiques pour les ergothérapeutes. Ces aides ont été publiées afin de promouvoir la place de l'ergothérapeute au sein des activités physiques et de mentionner ses spécificités et ses apports pour les patients concernés (12,13).

Enfin, l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS) effectue chaque année un état des lieux de l'activité physique sur prescription. D'après les données recueillies, le nombre de dispositifs d'activité physique sur prescription mis en place recensés a presque doublé juste après la loi de modernisation du système de santé et le décret APA sur prescription. Le nombre passant d'un peu plus de dix mises en place en 2017 à vingt mises en place en 2018. Au 31 mars 2019, quatre-vingt-seize dispositifs d'activité physique sur prescription ont été retenus dans l'enquête effectuée. Concernant les professionnels impliqués, il a été recensé à l'échelle communale et intercommunale, qu'il y a des ergothérapeutes dans seulement 6% des dispositifs alors que les kinésithérapeutes y sont impliqués dans 39%. La même tendance est retrouvée à l'échelle départementale. En effet, des ergothérapeutes sont impliqués dans 9% des dispositifs contre 39% pour les kinésithérapeutes. Une grande différence de proportion est remarquée alors que ces deux professions peuvent d'après le décret APA de 2017, dispenser des activités physiques auprès des patients atteints d'ALD (14).

1.1.5 Enjeux et intérêts

La promotion de l'activité physique auprès de la population est un enjeu pour la santé publique en France. En effet, comme nous l'avons vu, la sédentarité est un problème majeur. Elle peut avoir un réel impact sur la santé de l'Homme, pouvant aller jusqu'au décès. En s'appuyant sur les différentes études démontrant les bénéfices de l'activité physique pour la santé, la promotion de l'activité physique est importante afin de diminuer les risques de la sédentarité et de diminuer l'apparition de maladies chroniques au sein de la population (8).

De plus, l'activité physique est un enjeu économique en France. En effet, la sédentarité provoque une augmentation du nombre de malades chroniques. De ce fait, cela entraîne

une augmentation des dépenses de la santé d'environ 1,9% chaque année (15). Une diminution de la sédentarité en France pourrait donc inverser la tendance en améliorant la qualité de vie des personnes. Cela entraînerait donc une diminution des complications des maladies chroniques et une diminution des hospitalisations (16).

Chez les personnes atteintes d'affections longues durées, la sédentarité les entraîne dans un cercle vicieux du déconditionnement. Il s'agit d'un processus psychophysiologique entraînant le malade à l'inactivité physique. En effet, ce cercle vicieux agit comme un amplificateur de vulnérabilité, qui provoque des situations de dépendance et d'altération de la qualité de vie (17). De ce fait, amener les personnes à pratiquer une activité physique au quotidien va leur permettre d'entrer dans un cercle vertueux de l'activité physique. Ceci leur permettra de pouvoir diminuer leur situation de handicap en ayant un impact positif dans les domaines biologiques, psychologiques et social au sein de leur vie quotidienne (18).

1.2 Revue de littérature

Dans un premier temps, les bases de données utilisées vont être exposées, et dans un second temps, une présentation des résultats de la recherche d'articles va être exposé.

1.2.1 Champs disciplinaires et bases de données utilisées

Pour rappel le premier champ disciplinaire inclus dans le thème sont les sciences médicales. Les bases de données spécialisées en sciences médicales sont PubMed et Science Direct. Ensuite, pour le champ disciplinaire des sciences du sport, la base de données spécialisée est SportDiscus. Pour la santé publique, la base de données utilisée est EM Premium. Les bases de données qui contiennent les articles de sciences humaines sont Cairn et Isidore. Afin d'élargir les bases de données, les moteurs de recherche Google scholar et Summon ont été utilisés.

Enfin, afin de trouver des articles liés à l'ergothérapie et l'activité physique, nous avons utilisés les bases de données spécifiques à l'ergothérapie telle que celles de l'American Occupational Therapy Association (AOTA) et l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).

1.2.2 Recherches d'études scientifiques

Afin de pouvoir faire la recherche d'articles la plus efficiente, deux équations de recherches ont été retenues. En effet, les affections longues durées sont l'équivalents des maladies chroniques, les deux termes ont donc été utilisés. Les deux équations sont les suivantes :

« Activités physiques » ET « affections longues durées » depuis 2010

« Activité physiques » ET « maladies chroniques » depuis 2010

Afin d'élargir nos recherches à des articles internationaux, nous avons effectué une équation de recherche avec des termes anglais :

“Exercise” AND “chronic disease” depuis 2010

“Physical Activity” AND “chronic disease” depuis 2010

Les critères d'inclusion sont les études qui traitaient des effets des programmes d'activités physiques sur les maladies chroniques. La majorité des études traitaient des pathologies spécifiques et non plusieurs pathologies à la fois. L'inclusion des études s'est donc faite en prenant plusieurs pathologies différentes pour avoir le plus de données possibles.

Les critères d'exclusion sont les articles qui traitaient de l'activité physique auprès de population d'enfants et adolescents. En effet, le nombre d'articles traitant des enfants ayant des maladies n'étaient pas conséquents, nous avons décidé de ne retenir que les articles traitant des adultes.

Nous avons décidé de sélectionner les articles datant de l'année 2010 minimum afin d'avoir des études antérieures à la création de la loi de l'activité physique sur prescription de 2016. Ceci afin de pouvoir sélectionner ces données et de les comparer avec des données datant d'après 2016.

Enfin, les équations de recherche n'incluaient pas le mot « ergothérapie » car il n'existait pas ou très peu d'étude sur l'activité physique et l'ergothérapie. Cependant, nous avons pu trouver quelques articles issus de revues professionnelles à partir des bases de données des associations nationales d'ergothérapeutes.

Après ces recherches, vingt-trois études ont été retenues pour effectuer la revue de littérature et son analyse critique. Dans ces vingt-trois articles, cinq articles proviennent de revues internationales et dix-huit proviennent de revues nationales. Enfin, seize de ces articles proviennent de la littérature scientifique, six proviennent de la littérature professionnelle et un seul provient de la littérature grise. Un tableau de résultats de recherche d'articles en fonction des bases de données a été mis en annexe (Annexe 1).

1.3 Analyse critique de la revue de littérature

L'objectif de cette revue de littérature est donc de rassembler les résultats des études retenues et de les classer en cinq sous-thématiques. Ensuite, ces thématiques vont nous permettre d'effectuer une mise en tension des résultats et d'y souligner leurs corroborations, leurs complémentations et leurs oppositions. Enfin, nous pouvons effectuer une analyse critique de cette revue de littérature pour en faire ressortir notre problématique pratique.

Les cinq sous-thématiques retenues sont les résultats d'un point de vue de la santé physique, de la santé psychique et sociale, de la qualité de vie, les actions de promotion de l'activité physiques mises en place et enfin l'ergothérapie et les maladies chroniques. Un tableau récapitulatif des différents articles a été mis en annexe (Annexe 2).

1.3.1 La santé physique

Dans une cohorte prospective de malades chroniques, nous pouvons souligner qu'à la fin du programme d'activité physique d'une durée de un an, les participants ont vu une augmentation de leur distance de marche d'environ 30 mètres (19). Les résultats de cette étude, corroborent avec les résultats de plusieurs autres études faites auprès de personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires, de schizophrénie, d'AVC en phase Sub-aigue et de cancer de la prostate en plein traitement par l'hormonothérapie, à la suite du suivi de leur programme d'activité physique adaptée (APA) respectif (20–23).

Il a aussi été démontré que l'activité physique entraîne un ralentissement des lésions articulaires, notamment chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, de sclérose latérale amyotrophique (SLA) et chez les patients atteints de cancer de la prostate en cours de traitement, chez qui le risque de fractures diminue (23–25).

De plus, l'activité physique a un impact positif sur le système cardio-respiratoire. En effet, d'après une étude chez 153 malades chroniques, il a été démontré que leur VO₂max⁵ augmentait après avoir suivi un programme d'APA (26). Cette donnée est confirmée par d'autres études faites auprès des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et de schizophrénie (21,24). De plus, d'après une revue de littérature faite sur l'AP auprès des patients atteints de SLA, il est affirmé que l'activité physique permet de lutter contre les complications respiratoires à un stade avancé de la maladie (25).

Au sein de la cohorte des malades chroniques, il a été souligné que le programme d'activité physique a permis d'améliorer leur force et leur tonicité musculaire ainsi que leur souplesse (19). Ceci s'est avéré positif aussi pour d'autres études comme chez les seniors, chez qui la mobilité s'est améliorée (27). De plus, le risque de chute de ces derniers a été diminué ainsi que pour des patients atteints de cancer de la prostate (23).

Au niveau de la perception de la fatigue et de la douleur, plusieurs études ont conclu qu'il y a une diminution de celles-ci. Cette donnée a été retrouvée auprès des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, de sclérose en plaque, chez des patients post-AVC en phase subaigu ainsi que chez des patients atteints de cancer (22,24,28,29).

Cependant une étude s'oppose à certains de ses derniers résultats. En effet, suite à la mise en place d'un programme d'activité physique en visioconférence à domicile, il n'y a pas d'amélioration significative du niveau de fatigue, de l'équilibre et de la marche des participants après le programme (27). Cela peut s'expliquer par la courte durée du programme, qui était d'un mois et demi à raison de deux heures par semaine (en dessous des recommandations de l'OMS : 150 min d'AP modérée par semaine). Cependant, il a été remarqué que les seniors ont tout de même mis en place des stratégies d'équilibre.

Ensuite, certains articles retenus dans cette revue de littérature ont permis de compléter les résultats cités ci-dessus. En effet, une étude sur la vie quotidienne de soixante-quatre malades chroniques (VIH, VHC, diabète et cancer) a été faite. D'un point de vue physique, leur maladie entraîne une grande limitation fonctionnelle ainsi qu'une grande fatigue. Ils ont dû retrouver un nouvel équilibre pour vivre et travailler avec leur maladie (30). Cette étude est intéressante à traiter car, elle permet de se rendre compte du

⁵ VO₂max : Consommation maximale d'oxygène

quotidien des personnes atteint d'ALD d'un point de vue physique. En effet, la maladie entraîne la personne dans un mode de vie sédentaire et dans une réelle situation de handicap. L'utilisation de l'activité physique peut être un moyen de retrouver cet équilibre avec les bénéfices que les malades peuvent en tirer.

De ce fait, les résultats présentés ici peuvent-ils se généraliser à l'ensemble des maladies chroniques intégrées dans la liste des affections longues durées ? Les résultats sur la diminution de la fatigue et de la douleur sont contradictoires entre certains types de population, pourquoi cela ? Si nous les mesurons chez l'ensemble des malades chroniques, comment varieraient la fatigue et la douleur ?

1.3.2 La santé psychologique et sociale

D'un point de vue psychologique, plusieurs études ont démontré que suite à un programme d'APA, les patients présentaient une diminution des signes de dépression et d'anxiété. Cela a été remarqué chez les patients atteints de schizophrénie, de sclérose en plaque et de cancer (21,28,29). Plusieurs chercheurs français ont pu remarquer une augmentation de l'estime de soi chez les patients atteints de cancer et chez les seniors (27,29,31). Enfin, au Royaume-Uni, leur système d'orientation à l'AP a permis aussi de diminuer ces signes psychologiques (32). De ce fait, est-ce que ce genre de système d'orientation pourrait être applicable en France et pourrait avoir les mêmes effets ?

D'un point de vue social, au sein des études où il était question de programme d'APA en groupe, les patients ont ressenti un sentiment d'appartenance et de sécurité au sein du groupe. Une motivation collective a été ressentie, ce qui leur a permis de s'encourager mutuellement. Ces résultats qualitatifs ont été retenus dans différents types d'études, que ce soit dans des revues de littérature ou des études à petites ou grandes échelles (27,28,31).

Enfin, l'étude sur la vie quotidienne des malades chroniques a permis de compléter cette sous-thématique en relevant que suite à l'apparition de leur maladie, les patients ont dû trouver un nouvel équilibre au niveau psychologique (30). En effet, les bienfaits psychologiques et sociaux retenus de l'activité physique sont des aspects tout aussi importants que les bienfaits physiques car ils sont tout aussi bouleversés.

De ce fait, y a-t-il une corrélation entre la recherche du nouvel équilibre au niveau psychologique et l'amélioration de la santé psychologique suite aux programmes d'AP ? De plus, les évolutions de la santé physiques et psychologiques sont-ils interdépendants ?

1.3.3 La qualité de vie

Ce concept de qualité de vie était, dans de nombreuses études, abordé auprès des malades chroniques. Nous pouvons noter que dans l'étude sur la cohorte de malades chroniques, il y a une amélioration de la qualité de vie des participants (19). Cette donnée peut être appuyée par d'autres études auprès des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, de SLA, de schizophrénie et de cancer de la prostate en cours de traitement (21,23–26). De plus, l'étude sur les personnes atteintes de SLA rajoute que les patients remarquent aussi une amélioration de leur autonomie au quotidien. L'amélioration de la qualité de vie se retrouve-t-elle chez tous les patients atteints de maladies chroniques ayant suivi des programmes d'APA ?

Cependant, certaines données ne permettent pas d'affirmer une amélioration de la qualité de vie. En effet, il n'y avait pas de différences significatives de cette dernière chez des patientes atteintes de cancer du sein (n=10), chez les patients atteints de SLA (n=17) et chez les séniors étudiés durant un programme d'APA semi-supervisé à domicile. Le faible nombre de participants pourrait indiquer que la différence ne soit pas significative. De plus, la non supervision complète du programme ne permet pas que celui-ci soit totalement optimisé pour les personnes âgées (25,27,31).

Enfin, d'autres études permettent de compléter ces données. En effet, d'après les témoignages des patients, ils nous informent qu'ils ont dû construire et accepter un nouveau mode de vie, afin d'avoir un assez bon équilibre de vie (30).

1.3.4 Actions de promotion des activités physiques

La promotion des activités physiques et la démarche éducative dans toutes prises en soins restent indispensables pour que les bénéfices de celles-ci perdurent dans le temps. En effet, une étude concernant un programme d'éducation thérapeutique sur l'activité physique à distance d'une rééducation/réhabilitation cardiovasculaire a été faite auprès de 134 patients. Les chercheurs ont pu remarquer que les patients étaient devenus plus actifs et une grande majorité d'entre eux arrivaient à atteindre les recommandations de

l'OMS (150 min d'activité physique d'intensité modérée par semaine). De plus, leurs connaissances en matière d'AP avaient augmentées et leur perception de la notion de l'effort avait changée. Dans le cas contraire, l'ignorance de ses bienfaits était un frein à la pratique de l'AP (20).

De plus, dans une étude sur un programme d'éducation et d'incitation à l'activité physique auprès de patients post-AVC en phase subaiguë, l'incitation à la pratique a permis aux patients d'atteindre aussi les recommandations (22). Néanmoins, ce qui n'est pas dit ici, c'est la proportion de patients qui parviennent à les atteindre sans pour autant avoir suivi de programme d'éducation thérapeutique. Il n'y a pas eu de groupe contrôle.

De plus, une étude sur l'efficacité d'un conseil minimal abordant l'AP délivrée par les médecins généralistes a été faite. Les chercheurs ont remarqué une augmentation significative du niveau de l'activité physique six mois après le premier conseil minimal. Cette donnée n'a pas été remarquée chez les patients n'ayant pas reçu ce conseil. En effet, les chercheurs ont conclu que les médecins doivent être plus formés sur les bienfaits et l'importance de l'activité physique. Ceci afin de mieux orienter et d'inciter les patients à la pratique. Ils jouent un rôle dans la prévention de la sédentarité (34).

Pour compléter ces résultats, au Royaume-Uni, l'étude de leur système d'orientation à l'activité physique a montré de bons résultats en termes d'atteinte des recommandations de l'OMS par la population. En effet, une partie de réussite de ce programme est due à la qualité des professionnels et à la formation de ceux-ci (médecins prescripteurs) (32). Ce type de programme est-il réalisable et applicable en France pour améliorer l'adhésion des malades chroniques aux activités physiques ? De plus, certaines études ont mis en place des outils afin d'aider et de mesurer les connaissances en termes d'activité physique des participants. C'est le cas de l'étude auprès des patients atteints de mucoviscidose (34). En quoi l'utilisation d'outil de mesure et d'aide permet-elle au patient d'acquérir davantage de connaissances en termes d'activité physique ?

Dans une étude sur la perception de l'activité physique comme mode de prise en charge du VIH, les chercheurs ont pu remarquer que la considération des activités physiques et sportives comme mode de prise en charge de leur maladie était un seuil dans la chronicisation de leur maladie (36). En effet, cela nous permet de comprendre que la prise

de conscience des ressources possibles à leur disposition, permet aux patients d'avancer au niveau de l'acceptation de leur maladie. Cela aura donc un impact sur la perception cette dernière et améliorera leur qualité de vie. Ces données ont permis de compléter la revue de littérature car la mise en place d'outils et la prise en compte de la personne dans l'éducation à l'activité physique sont importants pour avoir des bénéfices supplémentaires à la fin des programmes.

1.3.5 L'ergothérapie et les maladies chroniques

Nous nous sommes intéressés à la pratique en ergothérapie auprès des malades chroniques. En effet, une étude a été faite sur un programme d'auto-management basé sur l'ergothérapie intégrant de l'activité physique, auprès de patients atteints de maladies chroniques. Il a été démontré que ce type de programme leur a permis d'augmenter leur performance occupationnelle, de pouvoir effectuer leur occupation et ainsi augmenter leur fréquence de participation occupationnelle (33). Cependant, les chercheurs ne remarquent pas de différence significative sur l'anxiété et la dépression à la fin du programme. Ceci peut être dû au faible nombre de personnes présentes dans l'échantillon (n= 15)(33).

Dans un article de revue sur l'ergothérapie publié aux États-Unis, il est dit que l'ergothérapeute présente les compétences dans la promotion de l'activité physique, auprès des patients ayant eu un AVC, durant les phases aiguës et subaigus. En effet, la gestion et le maintien de la santé fait partie des activités de la vie quotidienne. Elle permet de « développer, gérer et maintenir des routines pour la promotion de la santé et du bien-être ». De ce fait, l'activité physique est un élément important dans la promotion de la santé et il ne peut être négligé en ergothérapie. Les ergothérapeutes peuvent dans un premier temps, former et éduquer les patients et leur famille autour de ce thème afin de diminuer leur sédentarité. Les interventions doivent être choisies pour accroître l'auto-efficacité et renforcer ses capacités d'autorégulation. Cependant, il est mentionné qu'il est difficile de mettre en place ces actions, car les interventions en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) se concentrent en priorité sur les gestions médicales et les compétences fonctionnelles (37). De ce fait, en France, cela se passe-t-il de la même façon ? Ce type de pratique serait-elle bénéfique pour les patients atteints d'affections longues durées dans les SSR français ?

De plus, plusieurs articles issus de revues professionnelles de l'ANFE⁶ ont été publiés. Elles concernent la pratique de l'ergothérapie et de l'activité physique auprès des malades chroniques (38–40). Premièrement, un recensement des écrits de la littérature en science de l'occupation concernant les activités physiques, a été fait. Il est dit que les activités physiques et sportives possèdent plusieurs facteurs favorisant l'engagement occupationnel (plaisir de la pratique, sentiment d'appartenance au groupe et progression technique dans la discipline) et l'équilibre occupationnel chez les publics ciblés en ergothérapie. De ce fait, l'auteur invite les ergothérapeutes à aborder les activités physiques et sportives dans une perspective occupationnelle afin de défendre la pertinence de leur propre pratique dans ce champ-là (38). Ensuite, des articles décrivant la pratique auprès de malades pris en soins en établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) et en santé mentale ont été publiés. Le premier vise à inciter les ergothérapeutes à prendre en compte les composantes physiques des activités de la vie quotidienne en SSR (39). Le second concerne la mise en place d'activités physiques et sportives auprès de personnes atteintes de pathologies psychiques. Il vise à sensibiliser les ergothérapeutes sur les bienfaits (physiques, psychologiques et sociaux) de l'utilisation d'une médiation physique comme la boxe auprès des patients en psychiatrie (40). Ces articles récents nous permettent de voir que l'utilisation de l'activité physique est intéressante et importante en ergothérapie auprès des malades chroniques en France. Est-ce que sur le terrain, les ergothérapeutes ont conscience de l'utilité de l'intégration de l'activité physique dans leur prise en soins ? Quelle est la part d'ergothérapeute utilisant l'activité physique auprès de leur patient ?

Enfin, pour compléter la revue de littérature, un essai du Québec a été publié concernant la facilitation de l'engagement des personnes ayant subi un AVC dans l'activité physique par l'ergothérapeute. Il est dit que l'ergothérapeute a sa place dans le domaine de l'activité physique. En effet, les activités de la vie quotidienne faisant partie des activités physiques, l'ergothérapeute a son rôle à jouer. Quatorze pistes d'actions pour améliorer l'engagement des patients ont été émises. Cependant, en critiquant ces quatorze pistes, il a été remarqué que ces dernières sont plus ou moins applicables selon le contexte d'exercice. En effet, celles qui concernent la personne sont plus facilement applicables (et font déjà partie des actions réalisées comme l'éducation, la motivation ou l'adaptation des occupations) que celles qui consistent en des interventions sur des éléments indirects

⁶ Association Nationale Française des Ergothérapeutes

à la personne (environnement institutionnel, plaidoyer au niveau de l'institution, réorientation des services de santé) (41). De ce fait, est-ce que les pistes d'actions mentionnées sont utilisées en France ? Les ergothérapeutes français rencontrent-ils les mêmes problèmes concernant la promotion de l'activité physique auprès des patients ? Ces pistes d'actions sont-elles applicables pour les autres pathologies chroniques ?

Suite à cette analyse critique, nous pouvons donc remarquer que l'activité physique entraîne de nombreuses améliorations d'un point de vue physique et mental chez les personnes atteintes de maladies chroniques. Cela impacte leur vie quotidienne et plus précisément leur qualité de vie. C'est un aspect qui revient souvent dans les différentes études de la revue de littérature. L'ergothérapie a une place à jouer dans l'amélioration de la vie quotidienne des pathologies chroniques. Enfin, un conseil minimal sur les bienfaits de l'activité physique permet de plus facilement promouvoir l'activité physique et ainsi diminuer la sédentarité au sein de la population.

1.4 Problématisation

Après avoir analysé la revue de littérature, plusieurs questions ressortent. En effet, dans les études qui traitent un ensemble de maladies chroniques, quelles les types de maladies sont incluses dans les études ? De plus, plusieurs études concernaient un seul type de pathologie, les résultats sont-ils transférables pour les autres ?

La liste des affections longues durées (ALD 30) établie par le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 inclut trente types de maladies chroniques (5). Les résultats des études seraient-ils similaires pour les autres maladies chroniques non étudiées ?

Pour en revenir à l'ergothérapie, l'analyse de la revue de littérature nous permet de mettre en évidence que l'ergothérapeute a sa place dans la promotion de l'activité physique auprès des personnes atteintes d'affections longues durées. En effet, l'activité physique est incluse dans les activités de la vie quotidienne, et cela fait partie intégrante des champs de compétences de l'ergothérapeute. De plus, nous avons vu que l'ergothérapeute a sa place dans l'amélioration dans le maintien de la qualité de vie des personnes malades. Nous pouvons rajouter que la prise de conscience des bénéfices de l'activité physique et de sa pratique sont étroitement liés au concept de qualité de vie de la personne. De ce fait, en France, l'utilisation des activités physiques en ergothérapie est-elle répandue ? Quels

sont les moyens pouvant être utilisés par l'ergothérapeute afin de promouvoir cette activité physique ? Quels sont les effets de l'activité physique dans la vie quotidienne des patients et dans leurs AVQ ? Et est-ce que les effets ont un lien avec la signifiante ou non des activités physiques proposées au patient lors du programme ? Comment l'ergothérapeute peut-il intégrer l'activité physique dans la vie quotidienne d'un patient atteint d'affections longues durées en vue d'une amélioration de sa qualité de vie ? Quelles sont les limites de l'utilisation de l'activité physique au sein de la prise en soins ? De plus, en quoi l'utilisation d'outils (évaluation, livret d'accompagnement) afin de compléter la prise en soins ergothérapeutique a-t-elle un impact sur la prise de conscience de l'importance de l'activité physique ? Enfin, existe-t-il des différences de prises en soins autour de l'activité physique auprès des patients atteints d'affections longues durées ?

1.5 Enquête exploratoire

Après la revue de littérature, nous avons construit un outil de recherche afin d'effectuer une enquête exploratoire. Cette enquête nous permet de répondre aux questions qui ont émergées au terme de l'analyse critique de la revue de littérature. Le processus de construction et d'effectuation de l'enquête va être explicité dans les paragraphes suivants.

1.5.1 Objectifs de l'enquête exploratoire

Les objectifs généraux de l'enquête exploratoire sont de confronter l'état des lieux de la recherche à l'état des lieux des pratiques, de confirmer l'intérêt socio-professionnel sur l'objet de recherche et de faire l'état des lieux des pratiques sur une question où il y a peu de littérature professionnelle.

De plus, elle permettra plus spécifiquement d'appréhender les connaissances des ergothérapeutes en termes d'activité physique, du sport santé et de ses pratiques. Elle visera à connaître l'utilisation de l'activité physique par les ergothérapeutes au sein de différents établissements prenant en soins des malades chroniques différents. Elle permettra aussi de savoir s'il existe une collaboration interprofessionnelle autour de l'activité physique. Et enfin, cette enquête permettra de connaître l'intérêt des ergothérapeutes concernant l'activité physique.

1.5.2 Choix de la population cible

Une population cible a été définie pour répondre à l'enquête exploratoire. Les affections longues durées englobent un grand nombre de maladies chroniques différentes. De ce fait, il a fallu choisir des ergothérapeutes travaillant dans certains domaines pour pouvoir être le plus efficace possible durant le traitement et la mise en tension des résultats. En effet, nous avons donc choisi de cibler les ergothérapeutes travaillant en établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et travaillant en établissement de santé mentale. Ces deux types d'établissements regroupent le plus grand nombre de maladies chroniques en ayant des types de prises en soins différentes.

Les critères d'inclusion sont donc d'être ergothérapeute travaillant en SSR et en santé mentale. L'intervention auprès de malades chroniques est primordiale pour pouvoir répondre à l'enquête. Les critères d'exclusions sont de ne pas travailler dans les deux types d'établissements mentionnés ci-dessus, et d'intervenir auprès d'usagers autre que des adultes uniquement (personnes âgées et enfants).

1.5.3 Choix méthodologique de l'outil de recueil de donnée

L'outil de recueil de données choisi est le questionnaire à questions semi-ouvertes. En effet, il présente de nombreux avantages comme la facilité et la rapidité de réponse pour les participants. Il permet de cibler un panel plus large de réponses et ainsi d'effectuer une enquête au niveau national. Le questionnaire pourra certifier l'anonymat des participants et supprimer les biais introduits par la présence de l'enquêteur. De plus, les réponses pourront être réfléchies. Cependant, il présente tout de même certains inconvénients comme la formulation des questions qui est fixe. En effet, le chercheur ne peut donc les reformuler en direct si la personne ne les comprend pas. De plus, la réponse à distance ne nous garantit pas que le participant a répondu de manière individuelle. Enfin, le questionnaire ne nous permet pas de pouvoir creuser certaines réponses qui nous interpellent. Certaines réponses peuvent être courtes et incomplètes de la part du répondant. (42).

1.5.4 Biais anticipés de l'enquête

Durant l'élaboration de ce questionnaire, les biais que celui-ci pouvait engendrer ont été identifiés. Cela nous permet ainsi de pouvoir les atténuer ou au mieux les contrôler. Le premier biais pouvant être identifié est le biais de subjectivité. En effet, il est présent

lorsque l'enquêteur suggère une réponse dans le sens de ses convictions. Pour éviter cela, nous avons dû faire attention à formuler des questions neutres et claires. Ensuite, des biais cognitifs peuvent être présents. En effet, la formulation des questions peut suggérer une réponse logique de la part de l'enquêteur. Les questions ont donc dû être formulées de manières neutres, claires et concises. Enfin, le biais de désirabilité sociale est le fait de vouloir se présenter sous un jour favorable aux enquêteurs. Pour diminuer cela, nous avons choisi la certification de l'anonymat des réponses en le mentionnant en début de questionnaire.

Pour la rédaction du questionnaire et la diminution des biais identifiés, nous avons utilisé une matrice de questionnement (Annexe 3). Cette matrice nous a permis de visualiser l'ensemble de nos questions et les objectifs de chacune d'entre elles.

1.5.5 Modalités de passation de l'enquête exploratoire

Le questionnaire se compose de 18 questions et a été rédigé sur GoogleForm[®], afin de faciliter l'envoi du questionnaire à distance. Avant l'envoi du lien, nous nous sommes assurés que les ergothérapeutes étaient d'accord pour répondre à notre questionnaire. Pour cela, nous leur avons demandé la confirmation par mail, ceci afin de comptabiliser le nombre approximatif de réponses que nous allions avoir.

1.5.6 Test de l'outil de recueil de données

Le questionnaire a été envoyé en amont à quelques ergothérapeutes afin de tester l'outil et de diminuer ou supprimer certains biais. Ce test nous a donc permis de remanier certaines questions qui auraient pu être mal comprises par les ergothérapeutes répondants. En effet, des biais cognitifs ont pu donc être atténués.

1.6 Résultats de l'enquête exploratoire

Après récolte des résultats, nous avons eu 40 réponses d'ergothérapeutes. La moitié d'entre eux travaillent en SSR et l'autre moitié en établissement en santé mentale. 4/5 des répondants sont des femmes. La durée moyenne d'expérience est de 13 ans avec une médiane de 10 ans. De plus, tous les ergothérapeutes répondants exercent auprès de patients atteints de maladies chroniques. En effet, ceux travaillant en SSR exercent majoritairement auprès de personnes ayant eu des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), la maladie de Parkinson et la Sclérose en plaque. Ceux travaillant en santé

mentale exercent auprès de personnes ayant des affections psychiatriques et plus particulièrement des patients atteints de schizophrénie et de dépression. Les résultats sont exposés sous forme de graphiques en annexe (Annexe 4).

- **Définition de l'activité physique**

Les réponses au questionnaire sont les suivantes. Tout d'abord, selon presque la totalité des ergothérapeutes, l'activité physique est définie comme une activité qui engendre du mouvement, avec la notion de dépense énergétique. Certains d'entre eux y associent de plus le bien-être mental et physique. Cependant, une petite minorité d'entre eux définissent l'activité physique comme du sport à part entière avec mise en mouvement, échauffement et exercice. De ce fait, dans l'ensemble, la majorité des ergothérapeutes se rapprochent de la définition de l'activité physique dictée par l'OMS qui est : « tout mouvement produit par les muscles squelettiques qui engendrent une augmentation de la dépense d'énergie ». Ces réponses sont donc cohérentes avec la revue de littérature effectuée en amont. Cela nous permet donc d'affirmer que la majorité des ergothérapeutes répondant à l'enquête, ont une définition cohérente de l'activité physique avec celle de l'OMS. Cependant, pourquoi certains ergothérapeutes associent l'activité physique à seulement du sport à proprement parlé ?

- **Utilisation de l'activité physique**

Ensuite, nous pouvons relever que les ergothérapeutes intègrent l'activité physique dans leur prise en soins pour 7/10 d'entre eux. Cependant, selon les établissements les ergothérapeutes n'ont pas les mêmes rôles en termes d'activités physiques. En effet, en SSR, les ergothérapeutes effectuent des actions d'éducation et d'aide à la planification dans la journée des patients malades chroniques. Les objectifs de ces actions sont d'aider à l'engagement du patient, de retrouver une autonomie et l'équilibrage des activités physiques. En santé mentale, les ergothérapeutes mettent en place des activités physiques adaptées (APA), telle que la gym douce ou le tchoukball. Ils travaillent plus sur la remise en mouvement, la mise en place de cadre, la lutte contre l'apragmatisme. Les objectifs de ces mises en place sont le bien-être mental et physique des patients.

Pour effectuer un parallèle avec la revue de littérature, très peu des ergothérapeutes parlent de qualité de vie, mais l'autonomie, l'indépendance et l'hygiène de vie sont mentionnées. Est-ce que ces termes y font référence ? De plus, nous avons vu qu'après

l'apparition de la maladie chronique, les patients doivent retrouver un nouvel équilibre dans leur vie quotidienne. Est-ce que les actions effectuées par les ergothérapeutes sont des moyens pour retrouver l'équilibre chez les patients ? Enfin, d'après la revue de littérature, en SSR, les ergothérapeutes mentionnent qu'il est difficile de mettre en place des actions d'éducation autour de l'activité physique en établissement car les interventions se concentrent majoritairement sur la rééducation fonctionnelle. Dans les réponses, la majorité des ergothérapeutes travaillant en SSR disent qu'ils intègrent ces types d'actions. De ce fait, le font-ils souvent ? Il aurait été pertinent ici de demander la fréquence de ces actions.

Les questions qui émergent de ces réponses sont : quels sont les impacts de ses interventions sur la qualité de vie et l'autonomie des patients ? Quelles est la fréquence d'intégration de l'activité physique dans leur prise en soins selon les établissements ?

- **Intérêt des ergothérapeutes concernant l'activité physique**

Selon les ergothérapeutes, une grande majorité a sa place dans le champ de l'activité physique. Sur 40 réponses, 37 ergothérapeutes ont répondu positivement. En effet, du côté de ceux exerçant en SSR, l'activité physique fait partie intégrante du quotidien des patients. L'ergothérapeute a sa place dans l'organisation et la promotion des activités physiques au cours de la journée, en les adaptant à la personne. De plus, ces dernières sont considérées comme un des plus hauts vecteurs de santé. C'est pour cela que l'ergothérapeute peut éduquer les patients aux activités physiques dans le but de maintenir ou de gagner en indépendance et en autonomie. Ensuite, selon les ergothérapeutes travaillant en santé mentale, l'ergothérapeute travaille dans le champ de l'agir. Il va pouvoir adapter les consignes pour qu'elles soient applicables aux patients. L'activité physique va permettre au patient de travailler sur le cadre, la conscience du corps et d'améliorer leur hygiène de vie. L'objectif, en utilisant les activités physiques pour les ergothérapeutes en santé mentale, est d'autonomiser les patients à travers ce médiateur. Tout de même, seulement trois ergothérapeutes ne pensent pas qu'ils ont leur place dans le champ des activités physiques. Ils associent l'activité physique à de l'activité sportive et ne veulent pas déborder sur les champs de compétences des kinésithérapeutes ou des enseignants en activités physiques adaptées (EAPA).

Malgré le peu d'articles professionnels et scientifiques trouvés dans la revue de littérature concernant l'ergothérapie et la promotion de l'activité physique autour des maladies chroniques, les ergothérapeutes semblent dans l'ensemble se sentir concernés par cette thématique. Les réponses recueillies permettent de compléter la revue de littérature. En effet, nous pouvons voir que même si les moyens utilisés autour de l'activité physique sont différents, les finalités entre les différentes pathologies présentent des similitudes. La remise en mouvement et le retour à une vie active équilibrée et autonome sont mentionnés par les ergothérapeutes des différents établissements. De ce fait, en quoi une adaptation des activités physiques au quotidien permet une amélioration de la qualité de vie des patients ? En quoi cela leur permet de favoriser leur engagement dans les activités physiques ? Et pourquoi cet engagement permettra une autonomisation des patients atteints de maladies chroniques ?

Nous avons pu voir qu'une majorité des ergothérapeutes n'étaient pas au courant que la prise en soins en activités physiques en ergothérapie était dictée par un décret (Circulaire du 3 mars 2017 - guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée). Ils étaient 6/10 à avoir répondu négativement. Pour faire un parallèle avec la revue de littérature, en SSR il était dit qu'il était difficile de mettre en place des actions de promotion de l'activité physique en ergothérapie car ils travaillent beaucoup plus sur les compétences fonctionnelles des patients en priorité. De ce fait, est-ce que la connaissance de leur place dans le décret leur permettrait d'apporter plus d'importance à l'activité physique dans leur pratique ? Est-ce que ces connaissances concernant les lois auraient un impact sur l'accompagnement des patients à l'engagement dans les activités physiques ?

- **Collaboration interprofessionnelle**

La majorité des ergothérapeutes nous disent qu'ils travaillent en collaboration interprofessionnelle autour de l'activité physique. Cependant, selon les établissements, les types de professionnels travaillant en collaboration ne sont pas les mêmes. En SSR, ce sont les kinésithérapeutes et les EAPA, alors qu'en santé mentale ce sont les infirmières et les psychomotriciens. De ce fait, la collaboration interprofessionnelle a-t-elle un impact sur l'engagement et l'autonomie de la personne dans ses activités physiques ?

1.7 Questionnement

Les réponses à notre enquête exploratoire ont permis de mettre en évidence que l'intégration de l'activité physique dans les deux différents établissements (SSR et santé mentale) n'est pas faite de la même façon par les ergothérapeutes (éducation, mise en place...). Cependant, en comparant les résultats des ergothérapeutes, nous pouvons remarquer que l'accompagnement à l'engagement dans les activités physiques (qu'elles soient sportives ou quotidiennes) est un point commun entre les deux milieux. En effet, l'apparition de la maladie entraîne une diminution de l'engagement dans quelconques activités. De plus, les objectifs visés à travers ces interventions sont majoritairement tournés vers le retour à l'autonomie et l'indépendance. L'engagement et l'autonomie sont-ils en lien ? Comment l'activité physique peut-elle avoir un impact sur l'autonomie des patients ? De ce fait, cela nous mène à nous intéresser à l'engagement et à l'autonomie des malades chroniques dans leur vie quotidienne.

La question initiale de recherche est la suivante :

En quoi l'engagement de la personne dans les activités physiques peut-il interagir avec le processus d'autonomie de cette dernière dans sa vie quotidienne ?

1.8 Cadre théorique

L'étayage conceptuel a pour objectif d'enrichir l'objet de recherche. Il se décline en deux concepts tirés de la question initiale de recherche. Les concepts sont l'engagement et l'autonomie.

Afin de situer les concepts développés dans ce cadre théorique, il est important de souligner dans quels champs disciplinaires nous les abordons.

L'engagement sera abordé dans le champ de la psychologie sociale afin de comprendre comment les comportements des personnes sont influencés par leur environnement humain. De plus, nous nous sommes intéressés à l'engagement dans le champ disciplinaire de la psychologie avec la théorie de l'autodétermination, qui reliera l'engagement avec les activités physiques. En effet, cela nous permettra de comprendre les comportements d'une personne en fonction de ses propres activités mentales.

Nous l'aborderons enfin dans le champ des sciences de l'occupation. En effet, il est intéressant de s'intéresser à l'engagement vis-à-vis d'une activité et d'une occupation.

1.8.1 Engagement

En psychologie sociale, pour Kiesler et Sakumura, l'engagement est le lien qui unit l'individu à ses actes comportementaux. C'est à travers ce lien que la personne est engagée par son acte. C'est l'action de se lier par une promesse ou une convention. De ce fait, ils définissent l'engagement comme une variable continue et à laquelle on ne peut donner une réponse par oui ou par non. Une personne est donc plus ou moins engagée dans une action et non pas simplement engagée ou non engagée. Kiesler dégage le caractère interne de l'engagement. En effet, le facteur d'engagement principal est l'importance subjective de l'acte (43). Cependant, selon R-V Joule et J-L Beauvois, cette définition est incomplète. Selon eux « l'engagement correspond, dans une situation donnée, aux conditions dans lesquelles la réalisation d'un acte ne peut être imputable qu'à celui qui l'a réalisé ». En effet, l'acte d'engagement ne peut être réalisé que dans certaines conditions et situations données, par une personne en particulier (44).

- L'engagement occupationnel en ergothérapie

Selon l'Association Américaine des Ergothérapeute (AOTA), l'engagement en ergothérapie se traduit par l'engagement dans la réalisation des activités valorisées par les usagers. Celui-ci est alors le moyen de traitement privilégié mais non exclusif (45). Ainsi, l'engagement dans les occupations produit naturellement la participation et le maintien. Cela va donc fabriquer des habitudes si l'engagement est prolongé (45). Il correspond à un ensemble de performances physiques observables mais aussi à des expériences émotionnelles. Selon Mattingly et Fleming, l'engagement a donc un aspect psychologique qui va engendrer un sentiment positif. L'utilisateur engagé va donc ressentir du plaisir, de la compétence, de la motivation, de l'autonomie et de la liberté. Ce qu'il fait aura du sens pour lui. De plus, il est dit qu'une personne peut être engagée dans une activité sans qu'elle soit performante pour autant (45).

De plus, la notion d'engagement peut faire aussi référence à la notion de flow. Selon Mihaly Csikszentmihalyi, c'est un « état de conscience particulier éprouvé par les individus lorsqu'ils sont tellement engagés dans une activité que plus rien d'autre en compte ». L'utilisation du flow a des conséquences sur les capacités, l'estime de soi et la performance. Il permet donc d'améliorer la croissance personnelle et la qualité de vie de de l'individu (46). De ce fait les thérapeutes vont chercher à proposer des moyens d'interventions à leurs patients qui vont leur permettre de s'engager et de ressentir du

plaisir à le faire. En effet, cela pourra avoir un effet positif sur la réalisation de l'activité et de pouvoir prolonger celle-ci. L'engagement devient donc une condition de la démarche centrée sur le patient (45).

Enfin, dans le domaine de l'activité physique plus particulièrement, l'engagement est fortement corrélé à la motivation et à l'autodétermination de la personne. Nous allons donc développer la théorie de l'autodétermination dans le paragraphe suivant.

- **Théorie de l'autodétermination**

Lorsqu'on s'intéresse à une activité particulière de la personne, la source de l'engagement de cette dernière est expliquée en psychologie par la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan en 1985. L'autodétermination est définie comme la « faculté de se percevoir comme étant source de ses comportements » (47,48).

Dans cette théorie, la motivation est définie selon un continuum allant de la motivation extrinsèque à la motivation intrinsèque (47). La motivation extrinsèque correspond à un engagement dans l'activité dans le but d'atteindre une conséquence qui lui est associée. Le but étant de retirer quelque chose de plaisant. Cette motivation extrinsèque se décline en quatre types de régulation : externe, introjectée, identifiée, intégrée. La régulation externe, entraîne un engagement pour avoir une récompense ou éviter une menace. La régulation introjectée entraîne un engagement dans l'activité dans le but d'avoir l'approbation d'autres personnes ou d'éviter des sentiments négatifs. Ensuite, dans la régulation identifiée, l'individu comprend les facteurs externes qui amènent à son engagement. En effet, elle fait intervenir des convictions personnelles. L'engagement dans les activités est important pour lui et correspond aussi à ses valeurs car il en a saisi l'intérêt pour lui-même. Cependant, cet engagement est régi par des causes externes. Enfin, la régulation intégrée est la forme la plus intériorisée de la motivation extrinsèque. Elle conduit à un engagement dans l'activité par choix et une identification de l'importance du comportement en accord avec ses valeurs. Ensuite, la motivation intrinsèque est présente lorsque l'individu s'engage dans une activité pour la satisfaction et le plaisir qu'elle lui procure en elle-même et non pour une conséquence qui en découle. L'engagement est donc spontané, nourrit par l'intérêt de l'activité ou par la curiosité (49). De plus, la théorie de l'autodétermination prend en compte le fait qu'une personne soit dépourvue de motivation et d'engagement. C'est le concept d'amotivation, qui ne fait pas

partie du continuum. Il doit tout de même être pris en compte car il explique que certaines personnes ne s'engagent pas du tout dans les activités car elles ne font pas de lien entre leurs comportements et les résultats qu'ils obtiennent. En effet, elles ne pensent pas que l'engagement dans les activités pourraient leurs permettre d'atteindre des résultats souhaité, ou bien, elles ne s'en sentent pas capables (49).

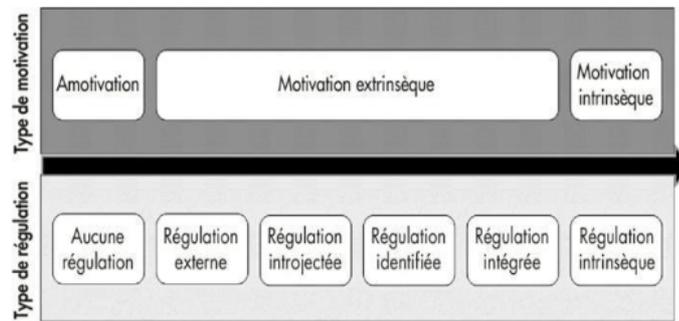


Figure 1 : Continuum de la motivation – Théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan 1985).

Lorsqu'une personne est motivée de l'intérieur elle éprouve un sentiment d'autodétermination. Si elle est récompensée ou menacée, son sentiment d'autodétermination est diminué. Enfin, la théorie de l'autodétermination énonce que lorsque les personnes s'engagent de manière autonome dans le processus thérapeutique, ils sont plus susceptibles d'intégrer des changements comportementaux et d'aboutir à des résultats positifs (47).

L'engagement est défini comme le lien qui unit la personne à ses actes comportementaux. C'est une variable continue qui est corrélée à l'importance subjective de l'acte par la personne.

L'engagement occupationnel quant à lui, définit un engagement dans les activités valorisées qui engendre un sentiment positif. Il fait référence à la notion de flow. C'est un état de conscience éprouvé par les personnes dans lequel plus rien ne compte autour d'eux. Une personne engagée durablement dans une activité pourra faire que celle-ci devienne une habitude.

Le concept d'engagement est aussi lié au concept de la motivation dans la théorie de l'autodétermination. La motivation est définie sur un continuum allant de la motivation extrinsèque (la personne s'engage pour une cause externe à l'activité), à la motivation intrinsèque (la personne s'engage pour le plaisir que lui procure l'activité). De ce fait,

plus une personne sera motivée de l'intérieur, plus elle va s'engager dans ses activités durablement et la personne aura un sentiment d'autodétermination.

De ce fait, peut-on atteindre un état d'engagement tel que dans l'état de flow en étant motivé extrinsèquement ? Des habitudes peuvent-elles être créées avec toutes les formes de motivation présentes dans le continuum ?

1.8.2 Autonomie

Après avoir défini et développé le concept de l'engagement, nous allons nous intéresser au concept de l'autonomie. L'autonomie sera abordée d'un point de vue éthique afin de l'appliquer au domaine de la santé et au patient. Enfin, nous l'aborderons dans le champ de la santé publique, en s'intéressant à l'autonomisation des malades chroniques. En effet, c'est un phénomène qui concerne un grand nombre de personnes et malades dans la population. Dans un premier temps, nous le définirons de manière générale, d'un point de vue éthique. Enfin, dans un second temps, nous nous intéresserons au processus d'autonomisation des patients atteints de maladies chroniques.

- Définition de l'autonomie

Étymologiquement, l'autonomie se scinde en deux parties : « auto » et « nomos ». « Auto » désigne soi-même et « nomos » la loi (50). L'autonomie peut donc se traduire par se gouverner suivant sa propre loi.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, l'autonomie chez une personne est définie comme la « : Faculté de se déterminer par soi-même, de choisir et d'agir librement » (51). Ensuite, selon Kant le concept d'autonomie se définit comme « la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi » (52). En effet, selon le dictionnaire de l'Académie Française, une personne autonome est « capable d'agir par elle-même, répondre à ses propres besoins sans être influencée ». De plus, il ajoute que l'autonomie désigne aussi le fait « d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courantes, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement » (50). Le concept d'autonomie désigne donc le fait que la personne puisse faire ses propres choix de manière indépendante.

Pour compléter cela, le Comité national d'éthique développe l'autonomie en trois facettes : l'autonomie d'action, de pensée et de volonté (53). En effet, l'autonomie d'action caractérise la possibilité de mobilité corporelle. Elle renvoie au fait de pouvoir se mouvoir seul par ses propres moyens. Ensuite, l'autonomie de pensée qualifie le fait de pouvoir argumenter de manière cohérente et réfléchie. Une personne autonome est capable de comprendre les informations médicales et d'avoir un esprit critique sur celles-ci. Enfin, l'autonomie de volonté peut se décliner en deux acceptations différentes. La première est l'autonomie comme souveraineté. Elle désigne la possibilité d'avoir des préférences singulières et de se déterminer en fonction de la conception du bien de chacun. La seconde acceptation de l'autonomie de volonté est l'autonomie comme autolimitation. Elle désigne une autolégislation et s'exprime par la capacité d'un sujet à suivre les seules lois qu'il s'est fixé (53). Cependant, selon le philosophe Paul Ricœur, il faut réfléchir à une troisième voix : l'autonomie comme expression de nos capacités. Il définit les capacités comme l'ensemble des choix qui s'offrent à la personne. Ainsi, une personne vulnérable ou en situation de handicap serait en manque de capacités. Son autonomie serait donc altérée (54). Suite à cela, P. Svandra, définit le soin comme une remobilisation des capacités d'autrui. En effet, le soignant devient une aide afin qu'autrui retrouve sa puissance d'agir. Celle-ci n'est jamais anéantie malgré la souffrance. Le soignant doit être bienfaisant pour que le soigné puisse retrouver son autonomie et acquérir l'usage de nouvelles capacités physiologiques, psychologiques et sociales (55).

De plus, selon Formarier M., en sociologie l'autonomie possède quatre attributs. Le premier est de décider pour soi, en fonction de critères personnels. Le deuxième est de maîtriser son environnement mais aussi son autolimitation. Le troisième est de pouvoir effectuer les deux premiers attributs en état de conscience, en ayant mesuré les risques, assumer les conséquences et être responsable. Et enfin le dernier est de gérer ses dépendances ou plus précisément l'interdépendance à autrui (56). En effet, une personne autonome est capable de faire ses propres choix tout en prenant en compte ses capacités, son environnement et les conséquences de ses choix.

Selon Sylvie Meyer, l'autonomie désigne la liberté de choisir ou de décider tout en contrôle de soi, de ses actes et de son environnement. L'autonomie se distingue de

l'indépendance. En effet, une personne peut être dans une situation de forte dépendance fonctionnelle tout en étant encore dans la capacité de faire ses propres choix (45).

Chez les personnes atteintes d'affections longues durées, l'autonomie fait référence à l'autonomisation de la personne sur sa maladie afin d'améliorer sa qualité de vie. Ce principe d'autonomisation désigne le processus d'empowerment c'est-à-dire le pouvoir d'agir.

- **Autonomisation et processus d'empowerment chez les malades chroniques**

Pour se centrer sur les affections longues durées, l'apparition de la maladie a un retentissement dans la vie quotidienne des malades chroniques. En effet, elle peut générer des incapacités voire des complications graves pour les malades. De ce fait, améliorer sa qualité de vie et être plus autonome est important. Cela leur permettra une meilleure participation sociale et une meilleure gestion de leur vie quotidienne (57). C'est pour cela qu'à partir des années 1920, l'autonomie se trouve appliquée à un sens pratique. En effet, les maladies évoluant sur de nouveaux modes chroniques, les médecins donnaient pour consigne aux malades « apprenez à vous débrouiller avec votre maladie ». De ce fait, l'accompagnement à l'autonomisation des malades repose sur des activités qui consistent à les rendre acteurs de leur propre changement. Les malades chroniques sont donc ceux qui subissent la maladie mais aussi qui agissent sur elle (58). Cette certaine obligation à l'autonomie pour le patient le transforme en auto-soignant. Selon Herzlich et Janine Pierret, ils considèrent que l'auto-soignant est un malade qui cesse d'être soigné pour devenir lui-même soignant. En effet, il devient soignant de lui-même et par sa conduite, « affirme son droit à tenir sur son corps malade un discours spécifique et proclame l'efficacité de la prise en charge autonome de son état » (59).

Le principe d'autonomisation qui a fait son apparition désigne le principe d'empowerment. En français, il désigne le pouvoir d'agir. Selon un article de Santé Publique France publié en 2018, c'est un des principaux leviers pour promouvoir la santé des populations (60). En effet, selon la commission européenne en 2001, c'est « une démarche qui consiste à octroyer aux individus le pouvoir de prendre des initiatives responsables en vue d'orienter leur vie et celle de leur communauté (ou société) dans les domaines économiques, sociaux et politiques » (61). Il peut être désignée à la fois le résultat d'un processus et une stratégie d'intervention. En effet, selon Marie-Hélène

Bacqué et Carole Biewener, le pouvoir d'agir articule deux idées : celle du pouvoir (power) et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il peut désigner un état (être empowered) et un processus. En effet, il implique une démarche d'autoréalisation et d'émancipation des individus (62).

De plus, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la clé du pouvoir d'agir est « l'élimination des obstacles formels et informels et la transformation des relations de pouvoir entre l'individu, son contexte social et institutionnel » (63). De ce fait, le pouvoir d'agir désigne la prise en charge de l'individu par lui-même de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale (64).

Dans le domaine de la santé, le concept du pouvoir d'agir a été décrit et étudié par plusieurs auteurs :

Ce concept a été introduit au sein de la promotion de la santé et la santé publique parce qu'il serait favorisant pour la santé de l'être humain. Selon Wallerstein en 1992, le pouvoir d'agir s'oppose à l'absence de pouvoir (powerlessness). Cette impuissance est « la croyance qu'un individu a qu'il ne peut pas atteindre par son propre comportement les objectifs qu'il poursuit ». De ce fait, c'est un facteur pathogène pour l'Homme et qui peut causer de la morbidité. Dans cette situation d'impuissance, le patient va pouvoir renforcer sa capacité d'agir car c'est « en participant à la prise de décision, en développant un sentiment d'appartenance, et en renforçant son pouvoir sur sa propre destinée, qu'on améliore sa santé » (65). De ce fait, c'est à partir du moment où l'individu a pris conscience de sa situation et souhaite la modifier que le processus du pouvoir d'agir se met en place.

Chez les malades chroniques, ce processus d'émancipation pour atteindre l'état d'empowered est important à prendre en compte. En effet, les professionnels de santé ont remarqué qu'une éducation à la compliance et à l'adhésion au traitement par la transmission d'informations est inefficace. De ce fait, ils considèrent que les patients doivent avoir un meilleur contrôle sur leur vie et pas seulement sur leur maladie et leurs traitements. De plus, dans le cadre d'une relation de soins visant le pouvoir d'agir, les patients doivent avoir une place où ils expriment leurs besoins, ce qui est difficile dans leur vie quotidienne. Ceci leur permettra de participer aux choix des modalités de leur

traitement. Le statut de traitement est alors négocié et proposé, plutôt que prescrit par le médecin (61).

Enfin en psychologie, Thomas et Velthouse ont établi un modèle cognitif de l'empowerment (pouvoir d'agir) composé de quatre dimensions (66):

- Le sens : il désigne la valeur de l'objectif de la tâche selon l'individu. La personne se sent donc concernée par la tâche en elle-même. La personne pourrait dire « je sens qu'effectuer cette tâche me concerne ».
- La compétence : elle fait référence à la capacité de la personne à effectuer la tâche. Elle se sent capable de la faire.
- L'autodétermination : La personne peut effectuer ses propres choix seule de manière autodéterminée. Elle reprend le concept d'autodétermination de Deci et Ryan (48). L'indicateur de cette dimension est « je peux choisir entre différentes options de manière autonome ».
- L'impact : Il désigne le degré auquel le comportement est perçu comme « faisant la différence » en termes d'accomplissement d'objectif de la tâche. En effet, la personne prend conscience qu'elle peut produire les effets voulus en décidant de changer son comportement (66).

L'autonomie se définit par la faculté de se déterminer par soi-même. Dans le domaine de l'éthique, elle est décrite par trois facettes : l'autonomie d'action, de pensée et de volonté. Elle possède quatre attributs : décider pour soi, maîtriser son environnement, pouvoir effectuer les 2 premiers en état de conscience et gérer ses interdépendances.

Dans les sciences de l'occupation, elle désigne la liberté de décider tout en contrôle de soi, de ses actes et de son environnement.

Chez les malades chroniques l'acquisition de l'autonomie est une des finalités les plus importantes dans leur processus thérapeutique. L'autonomisation des malades chroniques désigne le fait que le patient devient son propre soignant pour améliorer sa participation sociale et la gestion de sa vie quotidienne. Ceci désigne le processus du pouvoir d'agir/empowerment qui s'oppose à la notion d'absence de pouvoir. C'est un des principaux leviers pour promouvoir la santé. Il consiste à octroyer au patient le

pouvoir d'agir et à prendre conscience de son état de santé et d'avoir la volonté de la changer.

En quoi l'intégration des activités physiques dans l'accompagnement permet-elle au patient de prendre conscience de ses capacités d'agir ? Une personne peut-elle avoir atteint l'état d'empowered sans pour autant être autonome dans les trois facettes de cette dernière ? Une personne autodéterminée dans ses engagements l'est-elle aussi dans son processus d'empowerment ?

1.9 Problématisation

En amont du développement du cadre théorique, nous nous sommes demandé en quoi l'engagement dans les activités physiques peut-il servir l'autonomie du patient malade chronique.

Avec l'étayage conceptuel, nous avons vu que l'engagement dans les activités physiques est lié à la théorie de l'autodétermination. Plus une personne est autodéterminée et motivée, plus elle va s'engager durablement dans son activité et dans son processus thérapeutique. De plus, le concept du pouvoir d'agir est central pour la gestion de sa vie quotidienne suite à l'apparition de sa maladie chronique. En effet, le processus d'empowerment se met en place lorsque le patient prend conscience de ses capacités et de son pouvoir d'agir. C'est un cheminement long qui se met en place seulement avec l'adhésion du patient à ce processus. Cette adhésion est possible grâce à une démarche centrée sur le patient car celui-ci exprime ses besoins. De plus, Il semble y avoir un lien entre un engagement et le processus de pouvoir d'agir. L'engagement dans une activité reflète la motivation d'une personne et son sentiment d'autodétermination. Est-ce que ce sentiment peut avoir une influence sur le processus de pouvoir d'agir de la personne ? Et inversement, est-ce que la mise en place du processus de pouvoir d'agir chez le patient a un impact sur son engagement dans les activités physiques ? L'accompagnement de la personne à l'engagement dans les activités physiques et dans le processus de pouvoir d'agir peuvent-ils aider cette dernière à entrer dans un cercle vertueux, où ces déterminants seraient interdépendants ? De plus, peut-on dire qu'une personne peut atteindre l'état d'empowered si elle s'engage à travers une motivation extrinsèque ? Si la personne atteint un état de flow, est-ce que celle-ci est pour autant systématiquement autonome dans la gestion de sa maladie ?

Nous avons vu que l'ergothérapeute avec ses compétences, a son rôle à jouer dans l'accompagnement à l'autonomie du patient. À la suite de l'enquête exploratoire, nous nous sommes demandé si l'accompagnement à l'amélioration de l'autonomie par les ergothérapeutes s'inscrivait dans le processus de pouvoir d'agir du malade chronique. De ce fait, comment l'ergothérapeute peut-il accompagner le malade chronique dans ce processus de pouvoir d'agir ? L'engagement occupationnel peut-il être un levier au processus de pouvoir d'agir ?

De plus, l'engagement dans les activités physiques permet-il d'accélérer la mise en place du processus de pouvoir d'agir chez les patients ? En situation d'absence de pouvoir (powerlessness), les activités physiques peuvent-elles augmenter la motivation du patient dans un but d'engagement occupationnel ?

2 Question et objet de recherche

L'étayage conceptuel nous a amené à développer une problématique théorique. Cette dernière a permis de préciser notre question de recherche qui est la suivante :

Après que les personnes atteintes d'affections longues durées soient à nouveau engagées dans leur AP, comment les ergothérapeutes perçoivent-ils leur pouvoir d'agir ?

Cette question de recherche nous amène à l'objet de recherche suivant : Étude de la perception des ergothérapeutes sur le pouvoir d'agir des personnes ALD réengagées dans leur AP.

3 Matériel et méthode

L'objet de recherche énoncé nous amène à effectuer notre étude de type qualitative en suivant une méthode clinique. Cette approche a pour but de recueillir des données de contenu, afin de donner du sens à un phénomène (67). Nous allons, dans les paragraphes suivants, argumenter les choix de la méthode de recherche, de la population cible ainsi que de l'outil de recueil de données.

3.1 Choix de la méthode de recherche

La méthode de recherche que nous avons choisi d'utiliser est la méthode clinique. En effet, c'est une méthode exploratoire qui a pour but la découverte de savoirs et d'accroître les connaissances (68). Elle permet l'analyse de contenu lorsque nous n'avons pas de connaissance existante ou suffisante. De plus, elle vise la découverte de la singularité du sujet et est utilisée lorsque nous ne pouvons pas effectuer de conclusion. Nous n'avons pas d'hypothèses de départ en amont de la recherche (68).

3.2 Choix de la population cible

Pour effectuer notre recherche, nous avons décidé d'interroger des ergothérapeutes travaillant en SSR et en santé mentale. Ceci nous permet d'être dans la continuité de notre population cible lors de notre enquête exploratoire. De plus, cela nous permettra de voir la considération du pouvoir d'agir et de l'engagement dans les activités physiques des patients atteints de maladies chroniques auprès de différentes populations.

Les critères d'inclusion sont :

- Des ergothérapeutes DE travaillant en établissement SSR OU en santé mentale
- Des ergothérapeutes travaillant auprès de patients atteints de maladies chroniques
- Des ergothérapeutes intégrant l'activité physique durant leur accompagnement

Les critères d'exclusion sont :

- Des ergothérapeutes ne travaillant pas en SSR ou SM
- Des ergothérapeutes ne travaillant pas avec des adultes atteints de maladies chroniques (pédiatrie).
- Des ergothérapeutes n'intégrant pas les activités physiques durant leur accompagnement.

3.3 Outil de recueil de données

Afin de mener à bien notre recherche, nous nous sommes appuyés sur un outil de recueil de données qui est l'entretien. Nous allons, dans ce paragraphe, argumenter le choix de l'outil de recueil de données ainsi qu'effectuer l'anticipation des possibles biais de ce dernier.

3.3.1 Choix de l'outil de recueil de données

L'entretien sera notre outil de recueil de données pour effectuer notre recherche. En effet, c'est l'outil de recueil de données le plus recommandé et pertinent dans une recherche utilisant la méthode clinique. Nous avons choisi ce type d'outil de recueil de données car il permet d'avoir des réponses spontanées du sujet interrogé. Les réponses pourront être développées et seront donc riches en informations. De plus, nous pourrions explorer les ressentis, sentiments, impressions et opinions personnelles du sujet à travers des questions de relance. Enfin, échanger de vive-voix avec le sujet pourra rendre le recueil de données plus divertissant (69).

Parmi les différents types d'entretiens (directif, semi-directif, non-directif), nous avons donc choisi d'utiliser l'entretien non-directif. C'est une technique de collecte de données qui a pour but le développement de connaissances à travers des approches qualitatives et interprétatives relevant des paradigmes constructivistes (70). L'entretien non-directif vise à annoncer une question générale (le thème), que l'enquêté s'appropriera. L'enquêté sera ensuite libre dans l'organisation de sa réponse. L'objectif est d'influencer le moins possible l'interrogé dans sa réponse, mais de l'encourager dans son effort d'explication. L'enquêteur s'abstient donc de toute intervention (71). Notre objet de recherche concerne un seul grand thème, la perception des ergothérapeutes sur le pouvoir d'agir des personnes atteintes d'affections longues durées. L'entretien non-directif semble le plus approprié pour répondre à notre question de recherche. Cependant, cette technique nécessite un apprentissage indispensable de la manipulation des techniques d'entretien, afin que celui-ci soit fluide. De plus, contrairement à un autre outil de recueil de données, la passation de l'entretien demande du temps et l'enregistrement papier des réponses peut être difficile. La retranscription des réponses et l'analyse de ces dernières sont des étapes coûteuses pour le chercheur. Enfin, les attitudes du chercheur peut affecter la validité des réponses (72).

Au vu de la localisation des ergothérapeutes interrogés et de la situation sanitaire, nous effectuerons les entretiens par voie téléphonique. En effet, cela nous permet de ne pas nous limiter dans la sélection des ergothérapeutes interrogés d'un point de vue géographique et de pouvoir plus facilement entrer en contact avec eux en termes d'horaire.

Cependant, la voie téléphonique ne nous permet pas d'avoir un contact direct avec les personnes. De ce fait, nous avons choisi d'effectuer les entretiens en conversation via l'application zoom®. Cela nous permettra de voir les réactions de la personne à travers la vidéo et d'analyser la communication non-verbale de la personne.

Conformément à la loi Jardé, les entretiens seront enregistrés après avoir obtenu l'accord de la personne. Cela nous permettra de faciliter la retranscription de l'entretien. De plus, cet enregistrement pourra nous permettre de ne pas manquer certaines informations qui pourraient être importantes lors de l'analyse des informations fournies par les ergothérapeutes. De ce fait, nous enregistrerons les entretiens de deux façons : par enregistrement d'écran directement sur l'ordinateur et avec un dictaphone sur le téléphone. Nous effectuons deux enregistrements si toutefois un des deux enregistrements ne fonctionnerait pas. Enfin, en plus des enregistrements, nous effectuerons une prise de note sur feuille du discours de l'interviewé. Ceci nous permettra de dégager les premiers points clés de l'entretien.

3.4 Biais de l'ORD :

Durant la passation des entretiens, des biais peuvent être engendrés par ce type d'outil de recueil de données. Comme pour notre enquête exploratoire, il est important de les identifier afin de pouvoir les contrôler ou au mieux les supprimer.

Les premiers biais identifiés sont les biais méthodologiques. Ce sont des biais liés aux erreurs de méthodes utilisées en matière de recueil d'information. Pour atténuer cela, il faut prendre le temps de construire la trame d'entretien afin de s'assurer que nos questions inaugurales et de relances soient formulées correctement.

De plus, des biais cognitifs peuvent être présents. En effet, la formulation des questions peut rendre difficile leur compréhension. Pour cela, lors de l'élaboration de la trame d'entretien, les questions seront formulées de manières claires et concises. Nous ferons relire la trame afin de s'assurer que les questions soient comprises facilement. De plus, une définition du pouvoir d'agir sera donnée en début d'entretien afin de s'assurer de la compréhension des répondants.

Les biais affectifs sont des biais relatifs à nos sentiments et/ou à nos émotions. Nous orientons, dans ces cas-là, involontairement les questions. Pour éviter cela, au moment de la passation d'entretien, il faudra veiller à prendre conscience de ses états d'âmes afin que celles-ci n'entravent pas la qualité du recueil d'informations. Il faudra savoir prendre du recul par rapport à celles-ci, afin de garder une vision la plus objective possible.

Les biais de confirmation sont présents lorsque les individus ont tendance à privilégier les informations qui confirment leurs hypothèses/idées préconçues et à accorder moins d'importance aux points de vue en défaveur de leurs conceptions. Pour diminuer ce type de biais, il faudra, lors des entretiens, faire attention à prendre en considération les informations et les signes qui vont à l'encontre de nos possibles hypothèses initiales.

Enfin, il peut y avoir des biais de désirabilité sociale chez l'interrogé. C'est un comportement qui consiste à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé. Pour atténuer cela, il est important de préciser en début d'entretien qu'aucun jugement de valeur ne sera effectué en fonction des réponses.

3.5 Cadre d'écoute

Afin d'exploiter les réponses issues de l'entretien, nous avons établi un cadre d'écoute. En recherche clinique, le cadre d'écoute consiste à donner différents profils attendus issus de la théorie exposée en amont. L'interviewer se familiarise avec ce cadre et pourra ainsi, lors de la passation des entretiens, entendre ce qui se dit en référence à ce cadre. De ce fait, le chercheur s'appuiera sur ce cadre d'écoute lors de l'analyse des résultats (73). Le cadre d'écoute a été élaboré et a été mis en annexe (Annexe 6).

3.6 Outil d'analyse des résultats

Lors de la première lecture de l'entretien, nous avons effectué une préanalyse. En effet, à l'aide de la prise de note sur feuille, nous avons pu dégager les grands thèmes de chaque entretien. De ce fait, nous avons pu mettre en lien, dans un premier temps, le discours de l'interviewé et notre cadre d'écoute. Ensuite, nous avons effectué une retranscription des entretiens à l'aide du logiciel GoogleDoc®.

Après relecture des entretiens, nous avons pu faire élaborer notre grille d'analyse. De ce fait, plusieurs thèmes communs aux quatre entretiens réalisés ont émergé. Certains des

thèmes étaient en lien avec notre matrice théorique et certains ont émergé du discours des ergothérapeutes. Le tableau récapitulatif de l'analyse des résultats a été mis en annexe (Annexe 12).

Pour l'analyse des entretiens, nous avons choisi d'effectuer une analyse thématique. De ce fait, pour traiter les données, nous avons choisi d'utiliser la grille d'analyse. Celle-ci a été construite à la suite des entretiens. Nous avons donc classé les différents fragments d'entretien par thème qui sont les suivants :

- Observation de l'évolution des personnes atteintes d'ALD par l'ergothérapeute
- Le patient et ses ressentis
- Les choix des activités physiques
- L'utilité de l'intégration des activités physiques selon les ergothérapeutes
- Les facteurs facilitants ou obstacles au pouvoir d'agir selon les ergothérapeutes

De plus, en effectuant la préanalyse des entretiens nous nous sommes rendu compte de l'occurrence de certains mots en les regroupant en différents champs lexicaux. De ce fait, nous avons décidé d'effectuer une analyse lexicale afin de décrire les différents discours des ergothérapeutes autour d'un même sujet. Pour cela, nous avons créé des nuages de mots pour mettre en valeur les différents champs lexicaux. Nous avons, de ce fait, utilisé le site internet nuagedemot.co.

3.7 Test de l'outil

L'outil de recueil de données a été testé en amont. Il nous permet s'assurer que la formulation de la question et que l'amorce de l'entretien permettent aux ergothérapeutes de se mettre rapidement dans le contexte de l'entretien. Ces derniers pourront donc partager les informations les plus pertinentes pour mener à bien notre recherche.

Le test de l'outil s'est donc effectué quelques semaines avant la passation des entretiens retenus pour la recherche. Il nous a permis de remanier la mise en contexte de l'entretien.

Il nous a donc permis de penser à bien définir les termes de notre question inaugurale, afin que l'interviewer et l'interviewé soient en phase. En effet, si les termes sont mal compris ou trop vagues le discours serait trop pauvre en informations ou ne serait pas en accord avec le thème de la recherche.

4 Résultats

Nous avons effectué quatre entretiens d'une durée de : Mme C : 32 min 22 sec ; Mme F : 20 min 27 sec ; M. E : 51 min 33 sec et Mme G : 21 min 34 sec. Les ergothérapeutes interrogés sont trois femmes (Mme C, Mme F, Mme G) et un homme (M. E) et ont les caractéristiques suivantes :

- Mme C : âgée de 22 ans, diplômée depuis 2020 à l'IFE d'Évreux-La-Musse. Elle a eu une expérience en santé mentale de 6 mois où elle utilisait la gym douce 2 fois par semaine auprès de personnes atteintes de pathologies psychiatriques (schizophrénie, dépression)
- Mme F : âgée de 27 ans, diplômée depuis 2016 à l'IFE de Bordeaux. Elle travaille en SSR gériatrique depuis un an, où elle accompagne à la reprise des activités physiques et de loisirs tous les jours des patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète ou les pathologies cardiorespiratoires.
- M. E : âgé de 58 ans, diplômé depuis 1985 à l'IFE de Nancy. Il travaille en santé mentale dans la structure actuelle depuis 5 ans où il utilise l'escalade et la marche de pleine conscience auprès de patients atteints de pathologies psychiatriques.
- Mme G : âgée de 52 ans, diplômée depuis 1990 à l'IFE de Berck. Elle travaille en SSR depuis 31 ans et accompagne à la reprise des activités physiques environ un fois par an des patients militaire plutôt jeune ayant des pathologies chroniques comme la poliomyélite et des AVC.

Les quatre ergothérapeutes interrogés pratiquent personnellement des activités physiques et sportives.

Nous allons maintenant présenter les résultats des analyses thématiques et lexicales des données. L'analyse thématique verticale consiste à découper les discours des interrogés et de les classer en différents thèmes représentatifs des discours et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche (74). L'analyse horizontale quant à elle, consiste à faire une lecture interne à chaque entretien en cherchant les récurrences et des incohérences entre les différents thèmes établis. Enfin l'analyse lexicale consiste à répertorier les mots et famille de mots récurrents dans le discours afin d'en analyser le contenu.

4.1 Analyse thématique verticale

Nous allons présenter les résultats de l'analyse thématique. Afin de faciliter l'analyse de données et la lecture de ceux-ci, nous avons effectué un tableau récapitulatif (Annexe 12).

Suite à la création de la grille d'analyse comme vu précédemment, les thèmes de cette analyse sont les suivants :

- Observation de l'évolution des personnes atteintes d'ALD par l'ergothérapeute
- Le patient et ses ressentis
- Le choix des activités physiques
- L'utilité de l'intégration des activités physiques selon les ergothérapeutes
- Facteurs facilitants ou obstacles au pouvoir d'agir

4.1.1 Observation de l'évolution des personnes atteintes d'ALD par l'ergothérapeute

Dans le discours des quatre ergothérapeutes interrogés, nous pouvons remarquer que leurs observations du patient décrivent une évolution et un changement de comportement au cours de l'accompagnement.

Dans un premier temps, les patients sont observés en absence de pouvoir d'agir. Ces derniers n'ont « *plus d'objectifs* » (L. 138, Mme F.), ou n'osent plus faire certaines choses comme sortir (L. 106, Mme G.). En santé mentale particulièrement, les ergothérapeutes décrivent des patients très angoissés et anxieux (L. 51, Mme C. – L. 56, M. E), dont « *leurs pensées et leurs mots les dirigent, les influencent* » (L. 115, M.E.).

Ensuite, certains ergothérapeutes ont observé une amorce de changement. En effet, les patients commencent à « *progresser au fur et à mesure* » (L. 53, Mme F.), et le changement « *démarre* » (L. 29, Mme G.). Durant l'accompagnement le soignant commence à « *sortir de la boucle* » (L. 98, M.E.), c'est-à-dire que le patient commence à voir ses propres changements sans qu'une tierce personne ne soit obligé de lui dire. C'est à ce moment-là que le processus de pouvoir d'agir se met en place.

Des changements dans le court terme sont observés durant l'accompagnement par trois des ergothérapeutes (Mme C., M. E., Mme G.). En effet, ils observent des changements de comportement directement durant les séances comme la diminution des « *crises d'angoisses* » (L. 101, Mme C.), ou des « *changements d'attitudes* » (L. 52, M. E.). En

santé mentale, les patients arrivent à faire mieux que ce qu'ils pensaient et retrouvent une capacité d'action pour lutter contre leurs ruminations (Mme C., M. E.). Les patients vont se décentrer d'eux-mêmes pour « *se recentrer sur autre chose* » (L. 40, Mme G), et de ce fait ils vont ressortir de la séance avec le « *sourire* » (Mme C., Mme G.).

Et enfin, des changements sur le long terme sont observés par les quatre ergothérapeutes. En effet, ils notent des transferts des améliorations dans le quotidien des patients. Ces derniers vont reprendre le contrôle de leur corps, vont retrouver goût à la vie et de ce fait vont plus facilement prendre des initiatives en pouvant proposer de nouveaux objectifs à atteindre (L. 220, Mme C. – L. 151, Mme F – L. 329, M. E.). De plus, cela engendre des changements dans leur relation aux autres et plus particulièrement les « *relations familiales* » (L. 294, M.E. – L. 58, M. G.). En effet, les patients vont plus s'ouvrir aux autres et l'activité physique va permettre de partager de nouvelles habitudes de vie et créer de nouveau liens sociaux avec leur entourage.

Entre les deux types d'établissements, nous voyons tout de même des divergences. En SSR, les patients se retrouvent en position d'absence de pouvoir d'agir car ils ne voient plus d'évolution dans leur rééducation, et n'osent plus faire certaines tâches. Cependant, lorsque ceux-ci voient qu'ils sont encore capables d'effectuer de nouvelles activités (ici physiques), le processus de pouvoir d'agir se met et en place et l'ergothérapeute voit un réel changement dans leur comportement, que ce soit dans le court terme ou le long terme. En santé mentale, les patients sont en absence de pouvoir d'agir car leurs maladies psychiques diminuent fortement leur estime de soi et ils finissent par croire qu'ils ne sont plus capables de faire quoi que ce soit. La mise en place des activités physiques par les ergothérapeutes marque le début d'un changement de comportement qui est ici, plus facilement observable sur le court terme et parfois sur le long terme.

4.1.2 Le patient et ses ressentis

Les ergothérapeutes nous ont rapportés des paroles et des ressentis qui sont propres au patient lors de l'activité ou en périphérie de la séance.

L'augmentation de la « *motivation* » des patients est décrite de manière spontanée par les ergothérapeutes (L. 30, 36, Mme C. – L. 136, Mme F. – L. 317, M E., L. 95, Mme G.). En effet, l'attitude des patients changeait, dans la motivation de venir d'une séance à

l'autre, d'être satisfait de leurs améliorations et de redonner sens aux activités qui leur font plaisir. De plus, les patients ressentent du « *plaisir* » à effectuer les activités et étaient « *heureux* » lors des séances et lors de leur retour à domicile car ils pouvaient ainsi aider davantage leur entourage familial dans les tâches de la vie quotidienne (L. 28, Mme C. – L. 243, M. E. – L. 63, Mme G).

Ensuite, au cours des accompagnements les patients commencent à prendre conscience du changement en cours suite au commencement ou à la reprise de leurs activités physiques. Ils éprouvent des sensations « *d'être en capacité* » d'effectuer plusieurs activités auparavant impossibles pour eux. Ils ne s'en sentaient pas capable (L. 145, Mme C. – L. 336, M. E.). Les patients perçoivent leurs progrès, et le verbalisent auprès des ergothérapeutes. Ils peuvent le faire de manière spontanée car ils sont heureux de leur progrès (L. 60, Mme C. – L.56, M.E.), ou lors d'un débriefing après les séances pour les aider à conscientiser leur progression (L. 39, Mme F.). De ce fait, dans leur discours, les patients se « *projetent différemment* » et vont pouvoir « *se centrer sur leur avenir* » (L. 40, 211, Mme G.).

Pour distinguer les deux types d'établissement, en SSR, l'ergothérapeute voit que les patients ont une augmentation de leur motivation lorsqu'ils perçoivent et ressentent des progressions dans les activités physiques, avec parfois l'aide de l'ergothérapeute. De ce fait, les patients se projettent différemment et peuvent exprimer leurs futurs projets. Comme nous l'avons vu dans notre cadre conceptuel, l'expression de leurs besoins et le sentiment de compétence constituent des indicateurs de la mise en place du processus de pouvoir d'agir. En santé mentale, à travers les séances d'activités physiques mises en place, l'ergothérapeute voit que les patients ressentent de nouvelles sensations méconnues en amont. De ce fait, ils progressent, ont des sentiments de réussite et leur motivation à effectuer des activités physiques augmentent. Leur confiance en eux et leur sentiment de compétence ne font qu'augmenter au cours de l'accompagnement.

4.1.3 Le choix des activités physiques

Les ergothérapeutes ont eu tous les quatre un discours sur les choix des activités physiques utilisées lors de l'accompagnement des patients.

Trois des ergothérapeutes (Mme C., Mme F. et Mme G.), nous parlent d'une demande initiale des patients. En effet, ils ont la volonté de « *faire du sport* » (L. 177, 252, Mme C.) ou l'activité physique a fait partie de leur mode de vie antérieur à l'apparition de la maladie (L. 89, Mme G). Les patients privilégient les demandes sur leurs activités de loisirs plutôt que sur les activités de la vie quotidienne car ces activités-là ont plus de sens pour eux (L. 122-125, Mme F.).

Nous avons remarqué que les choix des activités ne se faisaient pas de la même manière selon les types d'établissements dans lesquels travaillent les ergothérapeutes et selon les personnes accompagnées. En effet, en SSR, les ergothérapeutes décrivent plutôt des situations de collaboration entre le thérapeute et le patient. Mme F. nous dit qu'à partir du « *bilan initial* » (L. 67, Mme F.), elle voit avec le patient ce qui est problématique dans ses activités et ils établissent des axes d'intervention en fonction de « *ce que la personne a envie de travailler* » (L. 72, Mme F.). Mme G. quand a elle nous indique qu'ils déterminent avec le patient ce qui pourrait avoir de « *l'intérêt pour lui* » (L. 50) et l'ergothérapeute va proposer des activités. Cependant, elle insiste sur le fait que c'est le patient qui a le choix final sur ce « *qu'il a envie de faire* » (L. 75). L'approche utilisée est de type Top-down.

Selon les ergothérapeutes en santé mentale, le choix des activités physiques s'effectue en fonction de la constitution de l'équipe médicale. En effet, selon le discours de Mme C. le peu d'intervention des enseignants en APA, donne aux ergothérapeutes, une plus large possibilité d'intervention dans l'activité physique et sportive car les patients sont très demandeurs pour effectuer de l'activité physique (L.170, 233). Selon le discours de M. E., les patients sont dirigés vers cette activité escalade selon indication de l'équipe médicale (L.227). Les patients ne savent pas au départ pourquoi ils sont orientés dans cette activité, mais arrivent à le comprendre « *durant l'activité par eux-mêmes* » (L. 231).

Dans chaque intervention, l'ergothérapeute a un rôle particulier dans le choix des activités physiques. Comme vu précédemment, nous pouvons voir qu'il existe des différences selon les établissements d'intervention. En effet, en SSR elles nous indiquent qu'ils doivent pouvoir s'adapter à la personne (L.96, Mme G) et adapter les activités en fonction de la personne afin « *d'augmenter la difficulté au fur et à mesure* » (L. 149, Mme F.). Ils sont « *sources de propositions* » pour initier le changement en ayant pour but d'améliorer

la motivation du patient (L.125. Mme G.). En santé mentale, les ergothérapeutes nous disent que leurs loisirs et leurs formations antérieures influencent fortement le choix des activités physiques proposées aux patients. En effet, Mme C. fait de la danse et a pu s'en servir pour construire ses séances de gym douce et M. E. pratiquait l'escalade et a passé un brevet pour pouvoir l'enseigner. Mme C. ajoute qu'ils sont obligés d'avoir une approche bottom-up car ce type d'activité est « *bénéfique pour le patient* » (L. 250), mais qu'ils devaient constamment s'adapter en fonction du patient et de ses demandes.

4.1.4 L'utilité de l'intégration des activités physiques dans l'accompagnement selon les ergothérapeutes

Durant les entretiens, les ergothérapeutes ont abordé, ce qui selon eux est bénéfique dans l'intégration de l'activité physique durant leur intervention.

Les ergothérapeutes ont pour objectifs avec les activités physiques, de permettre aux patients de retrouver ses occupations. En effet, les patients sont en situation de « *privation occupationnelle* » lorsqu'ils sont au sein de l'établissement (L. 154, Mme C.). En effet, l'hospitalisation et l'apparition de la maladie ne leur permettent plus d'effectuer leurs occupations comme ils le voudraient. Avoir accès de nouveau aux activités physiques, leur permet de retrouver une part de leurs occupations qui leur tiennent à cœur et qui ont du sens pour eux (Mme C., Mme F, Mme G.).

En santé mentale, l'utilisation des activités physiques permet de mettre en place un cadre dans les groupes et dans les séances. En effet, les patients en psychiatrie sont intégrés dans un groupe et doivent ainsi respecter des règles durant la séance pour le bon déroulement de celle-ci (L. 143, Mme C).

De plus, d'autres types de bénéfices importants selon l'ergothérapeute ont été spécifié. En effet, l'utilité principale des activités physiques durant les interventions sont la « *défusion de la pensée* » (L. 115, M. E.). En effet, les activités physiques leur permettent de « *centrer leur attention ailleurs, sur autre choses* » (L. 37, M. E.). Il ajoute de plus que l'activité escalade en particulier est un activité « *miroir* » (L. 99, M. E.) car les patients travaillaient en binôme. De plus, l'ergothérapeute nous disait que les activités physiques permettent aux patients de « *s'engager dans des actions* » (L. 196, M. E.). Ils peuvent d'autant plus ressentir de nouvelles sensations, et les relier à de nouvelles

émotions pour qu'elles « *ne soient pas subies mais vécues, et qu'ils puissent en faire quelque chose* » (L. 255, M. E.). Enfin, la prise de responsabilité qu'engendre l'activité physique est considérée comme très importante. En effet, la vérification du matériel d'escalade vise l'autonomie du patient qui pourront « *se débrouiller sans les moniteurs* » (L. 376, M. E.). Tous ces bénéfices sont des composants complètement intégrés dans le pouvoir d'agir des patients.

En SSR, l'utilisation des activités physiques durant l'accompagnement a pour but que le patient retrouve ses occupations. En santé mentale, comme dans l'approche bottom-up, les activités physiques sont utilisées pour les bienfaits direct des activités choisies. En effet, les objectifs principaux sont le travail du cadre, la responsabilité, l'estime de soi et l'engagement du patient.

4.1.5 Les facteurs facilitants ou obstacles au changement

Trois des ergothérapeutes ont exposés certains éléments qui pouvaient être facilitateurs ou obstacles au changement et à l'avancé du pouvoir d'agir des patients. Selon Mme G. cela dépend principalement de la « *capacité intellectuelle* » et de la « *force de vie* » de chaque patient (L. 158-159).

Concernant les éléments facilitateurs, les ergothérapeutes nous évoquent le fait d'avoir un entourage présent. En effet la « *famille* » a un rôle important selon Mme G. car il peut être porteur pour le patient (L. 164). En effet, l'entourage permet de faire « *bouger les choses* » plus rapidement chez les patients (L. 167). M. E. nous indique que le fait que les activités physiques s'effectuent en groupe restreint permet que chacun soit « *très présents* » pour les autres et cela est plus facilitant qu'en groupe d'activité physique « *scolaire* » (L. 285). Enfin, Mme F. nous parle du fait que si la personne voit des progressions observables et rapides, elle va avoir une augmentation rapide de sa motivation pour changer sa vision de sa maladie (L 146-147).

Cependant, concernant les obstacles au changement, en opposition avec la présence de l'entourage, la mise en place du pouvoir d'agir va être difficile si la personne se retrouve seule. Cependant, une personne avec « *une force de caractère* » pourra avancer plus facilement dans son processus de pouvoir d'agir (L. 167, Mme G.).

4.2 Analyse horizontale

Nous allons maintenant présenter les résultats avec une analyse horizontale. Comme expliqué en amont, celle-ci va nous permettre d'analyser les discours des ergothérapeutes un par un et ainsi en faire ressortir les récurrences et les divergences entre les thèmes.

4.2.1 Discours de Mme C.

Le discours de Mme C. est tourné autour de son expérience de 6 mois en santé mentale. En effet, durant cette expérience, elle a effectué tout le long une activité gym douce avec les patients.

Selon elle, elle perçoit le pouvoir d'agir surtout par les retours des patients sur l'activité physique. En effet, elle voit « *le plaisir que le patient va avoir à réaliser* » (L. 28) cette activité et sa « *motivation* » (L.30) à revenir d'une séance à l'autre. Ces ressentis font référence aux sources d'engagement vu dans la théorie de l'autodétermination. En effet, si une personne s'engage pour le plaisir que lui procure l'activité, alors elle s'engage car elle est motivée intrinsèquement et ceci peut mener à un engagement sur le long terme.

Dans son discours, elle nous décrit une évolution de la personne en partant d'un état de non-contrôle de ses émotions avec beaucoup de « *crises d'angoisses* » (L. 50), puis des améliorations qu'elle observe sur le court terme car selon elle en psychiatrie, il est difficile de voir les améliorations sur le long terme. Ces améliorations ont surtout des répercussions sur leurs interactions sociales et sur leurs sentiments de « *retour à la vie réelle* » et de « *pouvoir agir et de pouvoir faire des choses* » (L. 75). L'ergothérapeute nous décrit un changement de comportement qui correspond à l'évolution de la personne dans le processus de son pouvoir d'agir. Cependant, le peu d'observations sur le long terme de la part de l'ergothérapeute ne nous permet pas de savoir si ces répercussions perdurent dans le temps chez ces patients-là.

De plus, le choix des activités physiques mises en place est effectué par elle-même. En effet, la constitution de l'équipe pluridisciplinaire (pas d'enseignant en APA) en santé mentale fait que c'est à l'ergothérapeute de choisir le type d'activité physique (ici la gym douce) en fonction de ce qu'elle avait vu en formation et aussi en s'inspirant de ses pratiques personnelles (la danse). Mme C. a un discours sur le fait qu'en santé mentale, l'ergothérapeute peut utiliser des activités qu'il maîtrise et qu'il aime. En effet, elle nous

dit qu'ils sont obligés « *d'avoir une approche bottom-up* » (L. 250) afin de proposer des activités qui sont bénéfiques pour eux et de ce fait, elle impose l'activité. Mais, Mme C s'est tout de suite reprise en disant qu'elle est quand même partie de la demande des patients car ils veulent reprendre les activités physiques et elle adapte en fonction des besoins des patients.

De ce fait, son discours sur sa perception de l'utilité de l'intégration des activités physiques est clair concernant la mise en place de cadre et du retour aux occupations. Elle appuie son discours avec le terme de « *privation occupationnelle* » (L. 154) et que les activités physiques leur permettent de retrouver « *cette idée du sport et du corps* » (L. 155).

Pour relier ce discours à la question de recherche, Mme C perçoit le pouvoir d'agir des personnes atteintes d'ALD à travers leurs sensations d'avoir des capacités d'actions. Ceci va être d'autant plus visible si la personne prend plaisir à effectuer l'activité. De ce fait, leur motivation augmente. Cependant, malgré ces améliorations sur le court terme, le patient n'effectue pas encore ces choix d'activités physiques pour participer aux modalités de prise en soins.

4.2.2 Discours de Mme F.

Mme F. travaillant en SSR gériatrique depuis un an, nous parle de l'accompagnement aux activités physiques et aux activités de loisirs des personnes atteintes de pathologies chroniques comme le diabète et les maladies cardio-respiratoires.

Dans sa pratique, elle perçoit le pouvoir d'agir des patients en faisant des débriefings avec le patient à la fin de chaque séance. En effet, cela permet à la personne de faire un retour sur sa séance, ses ressentis, « *ce que cette activité lui coûte* » (L.40) et cela lui permet de prendre conscience de ses capacités avec le retour d'une tierce personne. De ce fait, lorsque celle-ci prend conscience du changement au cours de la prise en charge, sa motivation augmente. L'ergothérapeute se donne donc pour mission de « *redonner du sens aux activités qui font plaisir aux personnes* » (L. 138-139) afin qu'ils aient plus de pouvoir d'agir.

Elle nous décrit qu'elle travaille auprès de personnes qui n'ont « *plus d'objectifs* » (L. 138) et qui ont une perte de motivation dû à l'âge au début de l'accompagnement. Cependant, elle ne nous décrit pas d'évolutions qu'elle a pu observer chez des patients en particulier. Les patients « *retrouvent goût* » (L. 151). Son discours sur le pouvoir d'agir se fonde sur le discours des patients concernant leur évolutions et leur prise de conscience de leurs capacités.

Concernant, le choix des activités physiques, elle nous décrit une réelle collaboration avec le patient. En effet, ils repèrent les problématiques à partir du bilan initial et ils choisissent les axes d'interventions en fonction des difficultés de la personne et de ses demandes. C'est pour cela qu'elle nous raconte qu'ils décident le plus souvent de travailler sur les activités de loisirs de la personne en priorité, car ce sont les activités qui ont le plus de sens pour elle. Elle insiste ici sur le fait que le pouvoir d'agir vient de la motivation, et que cette motivation resurgit lorsque la personne arrive à faire ses activités signifiantes de façon autonome mais surtout de manière « *satisfaisante* » (L. 134).

De ce fait, en cohérence avec son discours tout le long de l'entretien, elle nous dit que l'utilisation des activités physiques et de la prise en compte de « *la composante physique* » (L. 110) permet à la personne de retrouver ses occupations.

Pour relier le discours de Mme F. à la question de recherche, elle perçoit le pouvoir d'agir des personnes atteintes d'ALD dans la façon dont la personne effectue ses retours de séances. Lorsque la personne commence à prendre conscience de ses progrès, alors le pouvoir d'agir se met en place. Cette prise de conscience s'effectue toujours avec l'aide de l'ergothérapeute. Le patient peut donc exprimer ses besoins et ses difficultés. Suite à cela, il peut participer aux modalités de prise en soins, et retrouver du sens aux activités physiques.

4.2.3 Discours de M. E.

M. E. travaille en santé mentale et utilise l'escalade et la marche pleine conscience comme activité physique thérapeutique avec les patients. Il nous explique que ces deux moyens thérapeutiques sont utilisés pour la même finalité : la prise de responsabilité, la prise de conscience des capacités de centrer son attention sur une activité (diminuer les ruminations qui peuvent être handicapantes aux quotidien).

De ce fait, durant ces accompagnements, il observe que les personnes ressentent qu'il y a un changement, surtout dans leurs pensées. C'est ce qu'il appelle la défusion. Il explique cela, par le fait d'être libre par rapport à leurs pensées qu'ils ruminent constamment dans leur tête. En effet, les patients durant l'activité, peuvent « *utiliser l'énergie qu'ils mettent dans la lutte pour limiter leurs pensées, dans une action engagée qui compte pour eux* » (L. 142). Ce type d'engagement dans l'activité peut être relié à l'état de flow, vu dans les concepts théoriques. Les patients en prennent conscience et cela les rends heureux durant la séance et juste après celle-ci. Cependant, il nous explique que dans de rares cas, des patients ressentent un sentiment de « *soulagement* » (L. 244) après la séance car ils se sentent soulagés car la séance est terminée et que les soignants vont les laisser tranquille après. Nous pouvons mettre ce sentiment en lien avec l'engagement dans l'activité avec une motivation extrinsèque entre régulation externe et introjectée. La régulation externe amène à un engagement dans l'activité pour avoir une récompense ou éviter une menace. La régulation introjectée quant à elle, entraîne un engagement dans l'activité dans le but d'avoir l'approbation d'autres personnes ou d'éviter des sentiments négatifs. De ce fait, l'engagement des patients dans ces cas-là ne perdurera pas dans le temps. Cependant, dans la majorité des cas, M.E. insiste sur le fait que les patients éprouvent la sensation « *d'être capable de* » (L.335) en fin de séance car ils pouvaient facilement à travers l'escalade, éprouver leurs nouvelles sensations. M. E. reliait ces ressentis et ces prises de conscience seul (sans soignant), au pouvoir d'agir de la personne. En effet, il nous disait que les patients pouvaient retrouver des capacités d'actions et cela reflétait le pouvoir d'agir du patient.

Ensuite, à travers son discours, les différentes étapes des évolutions sont bien distinctes et développées par M.E. En effet, il nous décrit que les patients en début d'accompagnement, n'ont « *pas du tout d'estime de soi* » (L. 54-56), ils ont peur et fusionnent constamment leur pensée (ils sont convaincus que leur pensée est la vérité). Pour les observations à court terme, M. E. observe un changement d'attitude directement durant la séance car les patients arrivent à faire mieux que ce qu'ils pensaient et focalisent leurs pensées. Enfin, sur le long terme, M. E. observait que les patients pouvaient faire des translations des améliorations dans leur quotidien et que cela était bénéfique dans leur relation avec leur famille et pour leur prise de responsabilité. Plusieurs d'entre eux ont même continué l'escalade en dehors de l'hospitalisation pour pouvoir continuer à ressentir les mêmes sensations.

Cependant, dans cet établissement, ce sont les membres de l'équipe médicale qui choisissent les activités physiques pour le patient (sans le consulter). En effet, M. E effectue l'escalade et la marche de pleine conscience avec tous les patients orientés par l'équipe médicale. Le patient n'effectue pas de choix personnel en début d'accompagnement. Cependant, M. E. nous raconte que certains patients, lors d'une deuxième hospitalisation, demandent spontanément à retourner à l'escalade par exemple, car ils connaissent déjà cette activité et veulent de nouveau revivre l'expérience.

Ensuite, M. E. insiste beaucoup sur les bienfaits de l'escalade en particulier et de la cause de son utilisation au sein de l'établissement. Le discours de M.E. est beaucoup tourné autour de la défusion de la pensée, mais il en est ressorti d'autres bénéfiques comme l'engagement du patient, le ressenti de nouvelles sensations et la responsabilité.

Pour relier le discours de M. E à la question de recherche, ce dernier perçoit le pouvoir d'agir des patients atteints d'affections longues durées directement durant la séance. Ces derniers vont donc éprouver que leurs capacités sont supérieures à ce qu'ils pensaient. À partir de là, le patient va pouvoir se sentir compétent dans la tâche ou du moins, plus compétent que ce qu'il pensait, et ceci sans la moindre intervention du thérapeute. Cependant, les choix d'activités physiques ne sont pas effectués par le patient. Ils ne participent pas aux modalités de prise en soins au départ de leur hospitalisation.

4.2.4 Discours de Mme G.

Mme G. quant à elle, travaille en SSR depuis 31 ans mais n'accompagne les patients atteints d'affections longues durées à la reprise de leurs activités physiques que depuis quelques années et ceci encore de temps en temps au cours de l'année.

Selon elle, le pouvoir d'agir se perçoit chez les patients car il y a un changement d'attitude. Elle nous dit que le processus « démarre » (L. 29). Les personnes vont avoir d'autres centres d'intérêts que leur rééducation, ils vont pouvoir parler d'autres choses que leur maladie et vont se projeter différemment. De ce fait, au niveau de leurs ressentis, Mme G. nous rapporte que les patients sont heureux de voir qu'il y a du progrès et qu'ils peuvent plus participer à la vie de famille. En effet, suite au réengagement des patients dans les activités physiques, ils retrouvent le sourire et retrouvent une place dans leur vie famille, car cela les valorise.

Mme G. insiste sur le fait que le processus du pouvoir d'agir démarre. De ce fait, elle a pu nous décrire un avant et un après ce déclenchement. Certains des patients, étaient très centrés sur la rééducation fonctionnelle, et ne progressaient plus. Cette stagnation les entraînait dans un cercle vicieux qui les laissait dans une position d'absence de pouvoir d'agir (powerlessness). Après le début de l'accompagnement aux activités physiques, Mme G. déclare qu'elle voit des changements dans le court terme, car les personnes sourient durant la séance. Enfin, elle observe que ces changements perdurent sur le long terme, car cela a des répercussions sur leurs relations familiales et ils peuvent ainsi plus participer à la vie de famille et aux tâches ménagères par exemple.

Dans la logique du processus de pouvoir d'agir, Mme G. insiste sur le fait que c'est le patient qui a le choix final sur les activités physiques travaillées. Cependant, cela se travaille en collaboration entre l'ergothérapeute et le patient. Ils déterminent ensemble ce qui pourrait avoir de l'intérêt pour le patient et l'ergothérapeute propose des activités qui peuvent correspondre. De ce fait, comme nous le dit Mme G., l'ergothérapeute est « *source de proposition et de motivation* » (L. 73) et le patient choisi. Elle utilise le mot motivation car les activités physiques faisaient partis des habitudes de vie antérieures à la maladie. Les patients sont pour la majorité des militaires, donc pour la plupart d'entre eux des personnes jeunes. De ce fait, Mme G. nous explique que forcément l'utilisation des activités physiques permette aux patients de retrouver les mêmes sensations qu'auparavant.

Enfin, Mme G. insiste sur le fait qu'il y ait des facilitateurs et des obstacles au pouvoir d'agir de la personne. Si la personne est entourée ou à un fort caractère, cela est facilitateur car l'entourage peut porter la personne. Au contraire si la personne est seule, cela peut être plus compliqué.

Pour relier ce discours à la question de recherche, Mme G perçoit le pouvoir d'agir car elle perçoit un changement de comportement dès l'engagement de la personne dans l'activité physique. Elle va avoir d'autres centres d'intérêts et va se rendre compte de ses nouvelles capacités. Selon l'ergothérapeute, il va participer aux modalités de prise en soins (va faire des choix), va se sentir compétent et se sentir concerné par les activités physiques travaillées. Cela va donc avoir des répercussions sur sa vie de famille et ses relations avec son entourage.

4.3 Analyse lexicale

Pour effectuer notre analyse lexicale, nous avons effectué des occurrences de mots pour chaque entretien. De ce fait, nous avons regroupé les différents mots en différents champs lexicaux. Les nuages de mots de chaque entretien ont été mis en annexe (Annexe 11).

4.3.1 Occurrence de mots : premier entretien Mme C.

Pour le premier entretien avec Mme C., nous avons regroupé plusieurs types de mots. En effet, le mot « sport » regroupe les mots « activités physiques et sportives » et « sportif/sportive ». Le mot « motivation » regroupe les mots « stimulé », « motivé » et « motivant ». Ensuite, le terme « personnes » regroupe les mots « patients », « personnes » et « usagers ». Enfin, les autres mots n'ont pas nécessité de regroupement particulier.

Conformément au thème de l'entretien, l'ergothérapeute en psychiatrie a énoncé plusieurs fois les termes « faire » (21 fois), « activité » (21 fois), « gym » (18 fois), « physique » (17 fois) et « pouvoir » (14 fois). Elle a aussi parlé de « bien-être » 18 fois. Ensuite, elle a parlé de la « motivation » des patients 5 fois. Celle-ci concernait la motivation à revenir d'une séance à l'autre et la motivation à voir des changements grâce à l'activité physique. Elle a aussi utilisé le terme « sport » 17 fois. En effet, en psychiatrie l'activité physique est souvent associée à de l'activité sportive dû au manque d'intervention des enseignants en APA. Elle est utilisée pour les bienfaits de celles-ci. Dans une démarche bottom-up.

4.4 Occurrence de mot : deuxième entretien Mme F.

Pour le deuxième entretien, nous avons regroupé les mots « patient », « personnes âgées », et « personnes » pour ne garder que le mot « personne ». Ensuite, le mot « activité » comporte les mots « activités physiques », « activités de loisirs » et « activités de la vie quotidienne ». Le terme « pouvoir » regroupe les termes « « pouvoir d'agir » et « pouvoir de faire les choses ». Enfin, les autres termes n'ont pas nécessité de regroupement particulier.

Les mots les plus récurrents dans le discours de l'ergothérapeute en SSR sont donc les termes « personne » (30 fois), « activité » (21 fois), « pouvoir » (15 fois), « faire » (15 fois), « autonomie » (12 fois). Cependant, durant ce discours-là, l'ergothérapeute parlait

plus d'activité de loisirs (12 fois) concernant ces interventions. En effet, son accompagnement à l'activité physique s'axait surtout sur les demandes des patients d'améliorer leur autonomie dans leurs activités de loisirs. Le terme « motivation » est souvent revenu (12 fois). En effet, il désignait la motivation des patients lors des premiers changements, des améliorations et lorsque le patient choisit son activité.

4.5 Occurrence de mot : troisième entretien M. E.

Pour le troisième entretien, nous avons regroupé les termes « patients » et « personnes » en terme « personne ». Ensuite, les autres termes sont revenus assez fréquemment pour ne pas les regrouper.

Durant cet entretien, comme durant les entretiens précédents, les termes les plus récurrents sont « faire » (33 fois), « activité » (27 fois), « personne » (23 fois), « autonomie » (20 fois), « capable » (20 fois), « pouvoir » (10 fois) et « motivation » (10 fois). Cependant, dans cet entretien l'ergothérapeute a parlé des « émotions » 20 fois. En effet, il désignait les émotions ressenties lors de la pratique et des émotions qu'ils voulaient retrouver dans leur vie quotidienne. Durant la pratique d'escalade les patients pouvaient libérer leur pensées ruminatives afin de se focaliser sur leur mouvement et leur corps. L'ergothérapeute durant cet entretien nous démontrait que la pratique sportive avait un lien avec leur capacité à se reprendre en main. Ceci par le biais du mouvement et de la focalisation des pensées sur les sensations.

4.6 Occurrence de mot : quatrième entretien Mme G.

Pour ce dernier entretien effectué, nous avons regroupé en mot envie, tous les termes comme « envie », « demande », « choix ». Ensuite, le terme patient regroupe « usager », « personne ». Enfin, les autres termes sont restés à l'identique.

Cet entretien était plus axé sur l'accompagnement au retour à l'activité physique et sportive (qui étaient des habitudes antérieures à la maladie chez le patient) et les activités de la vie quotidienne. En effet, l'ergothérapeute accompagnait des patients plutôt jeunes et la plupart d'entre eux militaires. La reprise d'activité physique était donc primordiale pour eux. Les termes les plus récurrents étaient tout de même similaires à certains des précédents comme « Patient » (30 fois), « faire » (22 fois), « Pouvoir » (18 fois), « activités » (12 fois) et « motivation » (5 fois). Cependant, dans cet entretien,

l'ergothérapeute a insisté sur le fait que c'était une demande/envie du patient et l'ergothérapeute lui proposait des adaptations. Le choix final se faisait par le patient avant tout. Le terme envie a été abordé 18 fois durant l'entretien.

Pour faire des liens entre chaque entretien, nous pouvons remarquer que dans les quatre entretiens, les champs lexicaux les plus récurrents sont les mêmes. En effet, le champ lexical du « faire » revient dans tous les entretiens. La personne ou le patient est au centre de la discussion. Et enfin, la « motivation » de la personne est un thème qui est abordé dans les quatre entretiens et de manière spontanée. Cependant, nous pouvons voir qu'en santé mentale, les champs lexicaux tournent autour du bien-être physique et mental de la personne, alors qu'en SSR les champs lexicaux concernent la rééducation et les envies de la personne.

Pour relier cette analyse à la question de recherche, la perception des ergothérapeutes travaillant en SSR sur le pouvoir d'agir tourne davantage autour de l'autonomie de la personne dans ses activités physiques (sportives, de loisirs ou de la vie quotidienne). Cependant, en santé mentale, la perception des ergothérapeutes sur le pouvoir d'agir tourne surtout autour du comportement de la personne durant la séance, ses pensées, ses ressentis et leur motivation.

4.7 Perception de l'ergothérapeute du pouvoir d'agir des patients engagés dans les activités physiques

L'ergothérapeute travaillant auprès des personnes atteintes d'affections longues durées perçoit le pouvoir d'agir de ces derniers à nouveaux engagés dans les activités physiques, grâce à son observation. En effet, il perçoit un changement de comportement de la personne que ce soit sur le court terme ou le long terme. La personne va plus s'ouvrir et interagir avec les autres. Elle va prendre conscience de ses capacités et c'est cela qui va être l'élément déclencheur du processus de pouvoir d'agir. Elle va de ce fait commencer à participer aux modalités de prise en soins et va comprendre le sens et l'utilité de son comportement et de son engagement dans les activités physiques.

En mettant en commun les discours des ergothérapeutes en SSR, nous pouvons remarquer que leur profil et leur perception du pouvoir d'agir ont des points communs. En effet, l'ergothérapeute en SSR décrit que les patients, en début d'accompagnement, n'ont plus

d'objectifs et leur motivation pour progresser est au plus bas. En effet, en rééducation fonctionnelle, la progression stagne au bout d'un certain temps au sein de l'établissement. C'est avec l'utilisation des activités physiques que les patients peuvent prendre conscience de leurs capacités d'actions et se projeter différemment que ce soit dans le court terme ou le long terme, quand il ne sera plus hospitalisé. Avec l'analyse lexicale, nous pouvons souligner que les observations sont tournées autour de la motivation et l'autonomie de la personne. Concernant, le choix des activités. En effet, nous pouvons remarquer que l'ergothérapeute en SSR insiste sur le fait qu'avec une collaboration thérapeute/patient, le patient effectue le choix final de l'activité physique à travailler. En effet, les ergothérapeutes travaillent sur les activités de loisirs et les habitudes de vie antérieures à la maladie des patients. De ce fait, ce sont des activités signifiantes pour le patient. L'ergothérapeute est de ce fait dans une approche top-down. Il va essayer avec le patient de trouver des stratégies ou des adaptations afin que ce dernier puisse à nouveau se réengager dans ses activités physiques de manière satisfaisante. L'objectif principal de l'utilisation des activités physiques en SSR est donc d'accompagner les patients à retrouver leurs occupations.

En santé mentale, l'ergothérapeute nous décrit des patients atteints de pathologies psychiques qui en début de prise en soins, sont très angoissés, avec une très faible estime d'eux-mêmes. Ces caractéristiques les empêchent d'avoir une bonne participation sociale et un contrôle sur leur vie et leur corps. Nous pouvons remarquer que l'ergothérapeute témoigne un changement de comportement à court terme comme le changement d'humeur et d'attitude lors de la séance. Cependant, il nous explique que pour que celui-ci perdure et soit transférable sur le long terme, le travail est plus long, mais possible. Avec l'analyse lexicale, nous pouvons remarquer que les observations sont tournées autour des ressentis, émotions et sensations que ressent la personne durant les activités physiques. Concernant les choix des activités physiques, en santé mentale, elles sont imposées aux patients. En effet, ces choix sont faits suite à une réflexion de l'équipe pluridisciplinaire. L'ergothérapeute utilise une approche bottom-up, car il choisit les activités physiques pour les bienfaits que celle-ci apportera aux patients. Ce sont principalement des activités physiques et sportives. De plus, ces activités physiques et sportives sont choisies en fonction des formations et pratiques personnelles des ergothérapeutes, car ils sont experts dans ces domaines-là (gym douce, escalade). Les

objectifs principaux de l'utilisation des activités physiques en santé mentale sont l'engagement, l'estime de soi, la responsabilisation et la mise en place de cadre.

4.8 Interprétation des résultats

La description des ergothérapeutes en santé mentale et en SSR sur le pouvoir d'agir des patients atteints d'affections longues durées se concentre principalement sur leurs observations. De ce fait, la plupart des observations de changements de comportement reliés à la mise en route du processus de pouvoir d'agir des patients, sont effectuées sur le court terme et durant les séances. En effet, les ergothérapeutes étant présents et ne pouvant percevoir le pouvoir d'agir des personnes que durant les séances et durant l'accompagnement, ils nous témoignent leurs observations sur le moment. Même s'ils ont déjà eu des retours post-hospitalisations, ceux-ci restent tout de même rares.

Les ressentis des patients atteints d'affections longues durées ont été décrits à travers le discours des ergothérapeutes. Ces ressentis décrivaient plutôt les potentielles sources d'engagement du patient dans les activités décrite par la théorie de l'autodétermination de Deci & Ryan (plaisir, motivation, peur...). De ce fait, ces ressentis-là étaient décrits car ils étaient observables par l'ergothérapeute et rapportés par les patients. Cependant, les ressentis plus profonds concernant l'activité ne sont pas décrits car ils sont propres aux patients eux-mêmes. De plus, l'ergothérapeute en santé mentale nous décrivait plus en profondeur ces observations concernant les ressentis car les activités physiques étaient utilisées pour travailler sur les ressentis personnels. Ceci est moins le cas en SSR. De ce fait, les prises de conscience des capacités se faisaient sans l'intervention de l'ergothérapeute en santé mentale contrairement aux patients en SSR.

Enfin, concernant le choix des activités physiques, en santé mentale elles sont imposées aux patients, car ces derniers sont dans une position d'absence de pouvoir tellement ancrées qu'il leur est impossible pour eux de faire des choix. De ce fait, dans une approche bottom-up, les choix sont faits pour eux, afin d'amorcer le travail et d'initier l'envie d'avancer et la motivation pour qu'ils puissent effectuer leurs choix personnels. En SSR, nous pouvons voir que les choix sont effectués par les patients en collaboration avec l'ergothérapeute. De ce fait, l'utilisation et l'accompagnement aux activités physiques sont effectuées à des stades plus avancés dans le processus de pouvoir d'agir des patients atteints d'affections longues durées. De manière générale, en SSR, l'utilisation de

l'approche bottom-up est plus utilisée pour la rééducation fonctionnelle analytique en début de prise en soins. Cependant, lors de l'utilisation des activités physiques, les ergothérapeutes utilisent plus une approche top-down (visant la performance occupationnelle) en accompagnant les patients au réengagement dans les activités physiques pour retrouver leurs occupations. Cependant, une utilisation d'approches top-down en début de prise en soins peut permettre à la personne de prendre conscience de ses capacités dès le départ et amorcer le processus de pouvoir d'agir dès le début de l'accompagnement.

5 Discussion

Dans cette partie, nous allons avoir un discours sur nos résultats au regard des études antérieures, sur le cadre conceptuel et sur la recherche effectuée. Enfin nous aurons un discours sur la transférabilité sur notre pratique professionnelle.

5.1 Critique des résultats au regard des études antérieures

En amont de la recherche, nous avons effectués une revue de littérature pour établir un état des lieux des articles traitant notre thème. Nous pouvons faire un retour sur cette revue de littérature. En effet, la majeure partie des articles retenus sont des articles scientifiques traitant des études sur des programmes d'APA⁷. Or, en ergothérapie, lorsque nous parlons d'activité physique, celles-ci concernent plus les activités physiques de loisirs ou de la vie quotidienne. L'utilisation de ses articles nous ont permis de démontrer les bienfaits des activités physiques d'une manière générale dans la vie quotidienne d'un grand nombre de patients atteints d'affections longues durées. Nos résultats ont permis de compléter les résultats exposés durant cette revue de littérature. Nous pouvons relier de plus, l'augmentation de la qualité de vie de la personne avec son pouvoir d'agir.

5.2 Critique du cadre conceptuel

Le choix des concepts à développer dans le cadre conceptuel a été fait suite aux réponses de l'enquête exploratoire. Les ergothérapeutes interrogés travaillaient soit en SSR ou en santé mentale. Nous aurions pu choisir de ne prendre en compte que les réponses des ergothérapeutes en SSR ou en santé mentale. Ici, ce qui nous interpelait le plus entre les deux, était les réponses des ergothérapeutes en SSR qui utilisait les activités physiques.

⁷ Activités Physiques Adaptées

En effet, ces derniers utilisaient l'activité physique dans un but d'autonomie et de performance en quelque sorte dans les activités physiques choisies. Nous aurions pu donc choisir de développer le concept de performance. Ce concept aurait eu un tout autre tournant pour la question de recherche et pour l'objet d'étude.

Après avoir effectué l'initiation à la recherche, nous pouvons avoir un retour sur le cadre conceptuel effectué. En effet, nous avons remarqué que d'autres indicateurs de concepts ont émergés de la recherche qualitative. Dans leur discours, les ergothérapeutes nous ont parlé des facteurs facilitateurs ou obstacles (intrinsèques ou extrinsèques à la personne) du pouvoir d'agir. Nous aurions pu développer ces indicateurs dans notre cadre conceptuel afin de l'enrichir davantage. Nous aurions pu faire davantage de lien avec les résultats des entretiens.

5.3 Critique du dispositif de recherche

Dans un premier temps, nous pouvons avoir un discours sur les entretiens effectués en visioconférence. En effet, même si nous pouvions avoir un retour visuel des ergothérapeutes, il est plus difficile dans ces conditions-là d'effectuer une bonne mise en contexte de l'entretien. De plus, la mise en confiance de la personne est aussi plus difficile. Ces paramètres ont pu impacter la qualité des entretiens effectués.

Notre question de recherche concernait la perception des ergothérapeutes du pouvoir d'agir de la personne atteinte d'affections longues durées. Ces perceptions se basaient principalement sur leurs observations au cours de l'accompagnement. Cependant, comme nous avons pu le voir dans notre cadre conceptuel, le pouvoir d'agir possède des indicateurs qui sont propres à la personne (la personne se sent compétente, la personne a conscience de l'impact de son comportement). Ces indicateurs ne sont pas forcément facilement observables. De ce fait, la perception des ergothérapeutes sur le pouvoir d'agir des patients peut ne pas être assez faite en profondeur. Leurs simples observations peuvent passer à côté d'éléments propres au patient. Néanmoins, si nous avions interrogés les patients directement, les résultats sur le pouvoir d'agir n'auraient pas concernés que les interventions des ergothérapeutes, car les patients n'auraient peut-être pas fait de distinction entre les différences d'accompagnements de l'équipe pluridisciplinaire.

De plus, dans les quatre ergothérapeutes interrogés, deux d'entre eux avaient une longue expérience dans leur domaine et les deux autres étaient de jeunes diplômés. Ces deux dernières ergothérapeutes n'avaient peut-être pas le recul et les années d'expériences nécessaires pour répondre à la question inaugurale. Cependant, elles avaient tout de même l'air impliquées et se sentaient légitimes pour y répondre. De plus, le lien entre l'utilisation des activités physiques et le pouvoir d'agir de la personne n'avait peut-être pas été fait avant l'entretien. Ces entretiens ont donc peut-être permis aux ergothérapeutes de conscientiser et de mettre des mots sur une certaine partie de leur pratique.

Ensuite, nous avons choisi d'utiliser l'entretien non-directif pour effectuer notre recherche. Il semblait le plus approprié pour répondre à notre question de recherche. Ce type d'entretien nécessite une maîtrise de techniques de relance pour inviter la personne interrogée à développer son discours. Cependant, nous n'avons pas à ce stade, une maîtrise parfaite de ces techniques, les réponses aux entretiens auraient été peut-être plus riches si cela avait été le cas. Certains des entretiens ont été plutôt courts. Il était parfois difficile de trouver des questions de relance. Néanmoins, nous n'avons pas eu besoin de recentrer les personnes interrogées afin qu'elles restent dans le cadre de la recherche.

De plus, nous avons établis un cadre d'écoute et une grille d'analyse des discours. Cela a pu engendrer des biais d'interprétation de notre part. En effet, les mots employés par les ergothérapeutes ont été directement reliés à ce cadre et aux critères de la grille afin de pouvoir exploiter les discours. De ce fait, nous avons consulté l'avis d'autres étudiants en ergothérapie afin d'avoir un avis extérieur sur la grille d'analyse établie.

Enfin, au vu du faible nombre d'ergothérapeutes interrogés, la taille de l'échantillon n'est pas représentative et les résultats ne sont pas généralisables. Nous avons choisi deux types d'ergothérapeutes d'établissements différents. Nous avons fait un choix méthodologique d'avoir des types de pratiques en ergothérapie auprès d'un plus grand types d'affections longues durées possibles.

5.4 Apports, intérêts et limite des résultats pour la pratique professionnelle

La mise en place et l'accompagnement aux activités physiques auprès des personnes atteintes d'affections longues durées est une pratique dont on parle de plus en plus en ergothérapie. En effet, en étant incluse dans le circulaire du 3 mars 2017 – Conditions de

dispensation de l'activité physique adaptée auprès des personnes atteintes d'affections longues durées, les ergothérapeutes sont légitimes à utiliser et accompagner les patients à la reprise de leur activités physiques (tout en restant dans leurs champs de compétences).

Avec l'arrivée des enseignants en activités physiques adaptées (EAPA), il est difficile de savoir en tant qu'ergothérapeute, comment s'inscrire dans ce type de domaine-là. Plusieurs ergothérapeutes m'ont fait part de ce type d'interrogation durant l'enquête exploratoire particulièrement en SSR. Ce mémoire permet donc d'en savoir plus sur les perspectives d'accompagnement dans les activités physiques dans le domaine de la santé mentale ou en SSR. Il permet d'autant plus de s'interroger sur les apports et les intérêts de ses accompagnements dans la vie quotidienne de la personne, et sur sa gestion de la maladie. Cela permet d'être dans une perspective de promotion de la santé.

De plus, il permet d'avoir une réflexion sur l'intérêt de la prise en compte de la composante physique dans tous types d'activités physiques effectuées par la personne. Cela nous amène à nous intéresser davantage à la prise en compte des ressentis physiques de la personne lors de ses activités de la vie quotidienne, de loisirs ou sportives. Ceci aide à une prise de conscience de ses capacités physiques par la personne, qui était auparavant biaisée par leurs visions de la maladie et de ses conséquences.

Ce mémoire nous permet de réfléchir à notre type de pratique. En effet, l'utilisation de l'activité physique comme moyen thérapeutique, nous permet de réfléchir aux multiples utilisations de cette dernière que ce soit en approche bottom-up ou top-down. De plus, ce mémoire s'inscrit dans la singularité de la pratique en ergothérapie, c'est-à-dire de l'utilisation de l'occupation comme principe thérapeutique. L'activité physique est une activité concrète et significative pour la personne.

5.5 Transférabilité pour la pratique professionnelle et apports personnels

Ce travail de recherche me permet d'enrichir ma future pratique professionnelle. En effet, il m'invite à réfléchir à l'apport de l'accompagnement du patient dans les activités physiques. Ces dernières recouvrent un grand nombre d'activités de la vie quotidienne, cela rentre donc dans le champ de compétences des ergothérapeutes. Chaque activité est aussi à utiliser et à observer d'un point de vue des ressentis physiques chez la personne. Ces ressentis lui permettent de se rendre compte de manière autonome de ses capacités.

Cela me permet d'avoir conscience que cela a un impact sur le type d'accompagnement, sur le pouvoir d'agir de la personne et sur la qualité de la prise en soins. Les résultats apportés par les ergothérapeutes interrogés m'invitent à toujours viser la satisfaction et l'autodétermination de la personne dans sa prise en soins, afin qu'elle soit actrice de son accompagnement et que les effets de celui-ci perdurent dans le temps.

Personnellement, ce travail de recherche m'a permis d'améliorer ma méthode de recherche de données probantes. En effet, durant les trois années de formation, tous les travaux et dossiers à rendre ont permis d'amorcer ce travail. J'ai pu mettre réellement en application la méthode de recherche de données dès le travail de la revue de littérature et pour le cadre conceptuel. Il n'a pas été un fardeau pour moi car le thème de mon mémoire me plaisait et cela ne m'a en aucun cas démotivé.

De plus, le travail du mémoire m'obligeait à être régulière durant l'année. Je ne me suis pas sentie submergée par le travail. Cela est dû à ma régularité, mais aussi aux échéances de travail pour les régulations lors des différents semestres. L'organisation que j'ai mise en place, était selon moi convenable. Dans mes prochains travaux, dans le cadre professionnel ou non, il est important pour moi d'effectuer des rétroplannings afin d'avancer les tâches à effectuer dans les temps.

Cependant, le travail de problématisation a été le plus compliqué et le plus prenant. Cela a été les périodes les plus fatigantes lors de l'écriture, car cela m'empêchait d'avancer au rythme auquel je le voulais. Cela m'a donc permis de travailler sur le lâcher prise et la remise en question de mon travail. En effet, j'ai souvent tendance à vouloir tout anticiper avant d'avancer quelque chose. Le travail du mémoire m'a donc permis d'essayer de me laisser porter par la recherche et de ne pas vouloir la contrôler dans la direction que je souhaitais. Les temps d'échange avec mon directeur de mémoire et mon référent professionnel m'ont grandement aidé.

Enfin, la phase de recueil de données a permis de m'améliorer que la qualité de mener des entretiens non-directifs. En effet, le plus compliqué dans ces entretiens était de trouver des questions et des techniques de relance appropriées au discours de l'ergothérapeute. J'ai donc remarqué une évolution de la qualité des entretiens menés au cours du recueil des données.

6 Conclusion

Notre recherche consistait à interroger les ergothérapeutes sur leur perception du pouvoir d'agir des patients atteints d'affections longues durées. Il serait donc intéressant d'effectuer une recherche clinique auprès des patients directement. En effet, comme nous l'avons mentionné plus tôt, la perception du pouvoir d'agir est subjectif à la personne. De ce fait, l'avis et les ressentis directs des patients auraient été plus justes et pertinents pour affiner la recherche. En sachant que l'accompagnement du patient, suite à la survenue de sa maladie chronique se fait au sein d'une équipe pluridisciplinaire, il serait intéressant, d'évaluer le pouvoir d'agir du patient lors d'un accompagnement aux activités physiques de manière pluridisciplinaire.

Nous avons effectué une recherche qualitative de type clinique. Il serait intéressant d'effectuer une recherche quantitative de type différentielle. En effet, nous pourrions mesurer les corrélations entre les sources de l'engagement des patients dans les activités physiques et le pouvoir d'agir de ces derniers, à travers des questionnaires effectués à grandes échelles. Dans ce cas-là aussi, l'engagement et le pouvoir d'agir dépendraient de toute l'équipe pluridisciplinaire et non seulement de l'ergothérapeute.

Enfin, comme nous l'avons vu dans notre introduction, les ergothérapeutes peuvent intervenir au sein de dispositifs d'activités physiques sur prescription. De ce fait, il est intéressant d'explorer la pratique et l'apport de l'ergothérapie au sein de ce type d'établissement, auprès des patients atteints d'affections longues durées. De plus, il serait intéressant de s'appuyer sur des évaluations validées afin d'objectiver les bénéfices de l'utilisation de l'AP en ergothérapie. D'après les recommandations de bonnes pratiques de l'ANFE concernant la promotion des activités physiques, nous pouvons nous appuyer sur des évaluations concernant la perception de la personne au regard de l'AP, de sa motivation et de ses capacités physiques.

Personnellement, j'envisage de me former davantage autour de l'activité physique en ergothérapie, et d'ainsi pouvoir les utiliser et accompagner les patients atteints d'affections longues durées à la reprise de leurs activités. Le travail de ce mémoire était dans la continuité de ma formation antérieure (licence en activités physiques adaptées), je souhaiterai donc travailler en ergothérapie dans ce domaine-là ou dans la promotion de la santé auprès des malades chroniques, afin d'allier mes deux formations.

7 Bibliographie

1. OMS | Activité physique [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
2. Ameli. L'exercice physique recommandé au quotidien [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/activite-physique-sante/exercice-physique-recommande-quotidien>
3. ANFE. Définition [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.anfe.fr/index.php/definition>
4. Insee. Définition - Affections de longue durée / ALD / ALD | Insee [Internet]. Insee. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1337>
5. Ameli. Définition de l'ALD [Internet]. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
6. charte de toronto pour l'activité physique [Internet]. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/charte_de_toronto_pour_l_activite_physique.pdf
7. Organisation mondiale de la santé. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS; 2010.
8. Ministère des sports. Pourquoi promouvoir la santé par le sport? [Internet]. sports.gouv.fr. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Le-Pole-Ressources-national-Sport-et-Sante-11176/Pourquoi-promouvoir-la-sante-par-le-sport>
9. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée [Internet]. 2016-1990 déc 30, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033748987&categorieLien=id>
10. Circulaire du 3 mars 2017 - guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. [Internet]. [cité 26 oct 2018]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf
11. Agence Régionale de Santé. Le sport sur ordonnance : les médecins peuvent

- désormais prescrire une activité physique | National [Internet]. ARS. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-sport-sur-ordonnance-les-medecins-peuvent-desormais-prescrire-une-activite-physique>
12. Promotion de l'activité physique en ergothérapie_Prescripteurs.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: https://www.anfe.fr/images/stories/doc/Dossiers/Activite_physique/Promotion%20de%20l'activite%20physique%20en%20ergotherapie_Prescripteurs.pdf
13. Promotion de l'activité physique en ergothérapie_Ergothérapeutes.pdf.
14. Charles M, Larras B, Bigot J, Praznocy C. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX EN 2019. :84.
15. Caisse nationale d'assurance maladie. Cartographie des dépenses et des pathologies [Internet]. 2019 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Cartographie_des_depenses_et_des_pathologies.pdf
16. sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf
17. Préfaut C, Ninot G. La Réhabilitation du malade respiratoire chr... | Elsevier Masson [Internet]. [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/la-rehabilitation-du-malade-respiratoire-chronique-9782294048074.html>
18. Aquatias S, Arnal J-F, Rivière D, Bilard J, Callède J-P, Casillas J-M, et al. Activité physique: contextes et effets sur la santé - Synthèse et recommandations. :169.
19. Ardoin A, Canot B. Bénéfices physiques et psychologiques de l'activité sportive adaptée dans une cohorte de malades chroniques. *Science & Sports*. févr 2019;34(1):10-5.
20. Racodon M, Peze T, Secq A. Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient sur l'activité physique, à distance d'une rééducation réadaptation cardiovasculaire. *Science & Sports*. avr 2019;34(2):100-6.
21. Bernard P, Ninot G. Bénéfices des activités physiques adaptées dans la prise en charge de la schizophrénie : revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*. sept 2012;38(4):280-7.
22. Chaparro D. Effets d'un programme d'incitation et d'éducation à l'activité physique à domicile chez des patients post-AVC en phase subaiguë sur la performance au test de marche de 6 minutes. :146.
23. Veni T, Leroy V, Pradère B, Rébillard A, Mathieu R. Patients avec un cancer de la

prostate traités par hormonothérapie : impact de l'activité physique adaptée. *Progrès en Urologie*. nov 2019;29(15):912-6.

24. Verhoeven F, Tordi N, Prati C, Demougeot C, Mouglin F, Wendling D. Activité physique et polyarthrite rhumatoïde. *Revue du Rhumatisme*. mars 2016;83(2):99-104.

25. Desport J-C, Jésus P, Fayemendy P, Pouchard L. Activité physique lors de la sclérose latérale amyotrophique. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. déc 2014;28(4):321-6.

26. Abitteboul Y, Rougé Bugat ME, Le Naoures H, Lassoued S, Oustric S, Riviere D. Efficacité d'un programme d'entraînement individualisé basé sur la mesure directe du VO₂max chez les malades porteurs de maladies chroniques ; le protocole PEP'C. *Science & Sports*. févr 2020;35(1):12-9.

27. Leconte P, Bigot L, Langeard A, Moussay S, Gauthier A, Quarek G. Activité physique à domicile pour les seniors : revue de la question et proposition d'une pratique optimisée. / Physical activity at home for seniors: a review of the issue and proposal for an optimized practice. *Movement & Sport Sciences / Science & Motricité*. janv 2019;(103):27-37.

28. Matthey S, Piffaretti M. Bénéfices de l'Activité Physique Adaptée couplée à des Interventions Psychologiques ciblées pour les personnes souffrant de Sclérose en Plaques (SEP). *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin & Sporttraumatologie*. juin 2016;64(2):39-43-2.

29. Charles C, Boinon D, Renvoisé N, Pallubicki G, Borch-Jacobsen C, Laplanche O, et al. Retour d'expérience sur un programme de soins complémentaires associant activité physique adaptée, méditation basée sur la pleine conscience et soins en socio-esthétique. *Bulletin du Cancer*. avr 2019;106(4):304-15.

30. Lhuillier D, Waser A-M. Vivre et travailler avec une maladie chronique : différences et condition commune. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. nov 2019;80(5):375-85.

31. Lantheaume S, Fabre F, Fisch C, Motak L, Massol P, Lantheaume S, et al. Cancer du sein, activité physique adaptée et qualité de vie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2017;175(10):841-8.

32. Bernard P. Les systèmes d'orientation à l'activité physique au Royaume-Uni : efficacité et enseignements. *Santé Publique*. 5 déc 2014;Vol. 26(5):647-54.

33. Toole LO, Connolly D, Smith S. Impact of an occupation-based self-management programme on chronic disease management. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2013;60(1):30-8.

34. Vallée É, Vastel É, Piquet M-A, Savey V. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. sept 2017;31(3):194-206.
35. Karila C, Ravilly S, Gauthier R, Tardif C, Neveu H, Maire J, et al. Activité physique et réentraînement à l'effort du patient atteint de mucoviscidose. *Revue des Maladies Respiratoires*. avr 2010;27(4):301-13.
36. Thomas J, Duval E, Perera É, Ferez S. La perception de l'activité physique comme mode de prise de charge du VIH : effets de la visibilité du corps sur les stratégies de gestion d'une « maladie chronique ». *Mov Sport Sci/Sci Mot*. 2014;(84):99-110.
37. Bailey RR. Promoting Physical Activity and Nutrition in People With Stroke. *Am J Occup Ther*. 2017;71(5):7105360010p1-5.
38. Bertrand R. Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : une recension des écrits. *Ergothérapies*. 31 juill 2020;78:17-29.
39. MARCHALOT I. Promouvoir l'activité physique : une mission des ergothérapeutes. *Ergothérapies*. 31 juill 2020;78:7-15.
40. Lemarié K. La boîte comme outil en ergothérapie : une nouvelle vision du soin en santé mentale. *Ergothérapies*. 31 juill 2020;78:31-8.
41. Gauthier E. FACILITER L'ENGAGEMENT DES PERSONNES AYANT SUBI UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL DANS L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : PISTES D'ACTION POUR LES ERGOTHÉRAPEUTES [Internet]. 2017 [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8253/1/031894437.pdf>
42. De Singly F. L'enquête et ses méthodes: le questionnaire. Paris : Armand Colin; 2012. 124p p.
43. Kiesler CA. Psychology of Commitment: Experiments Linking Behaviour to Belief. Academic Press Inc; 1971. 190 p.
44. Joule R-V, Beauvois J-L. Chapitre 3. La psychologie de l'engagement. Hors collection. 2010;6e éd.:52-94.
45. Meyer S. De l'activité à la participation. De Boeck Supérieur; 2013. 291 p.
46. Vivre: la psychologie du bonheur de Mihaly Csikszentmihalyi (psychologie positive, expérience optimale, flow) - Créativité.Net [Internet]. [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.creativite.net/vivre-la-psychologie-du-bonheur-mihaly-csikszentmihalyi/>
47. Paquet Y, Vallerand R. La théorie de l'autodétermination: Aspects théoriques et appliquées. De Boeck Supérieur; 2016. 401 p.

48. Deci E, Ryan RM. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior [Internet]. Springer US; 1985 [cité 17 févr 2021]. (Perspectives in Social Psychology). Disponible sur: <https://www.springer.com/gp/book/9780306420221>
49. Sarrazin P, Pelletier L, Deci E, Ryan R. Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination. In 2011. p. 273-312.
50. Warchol N. Autonomie [Internet]. Les concepts en sciences infirmières. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-87.htm>
51. Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. AUTONOMIE : Définition de AUTONOMIE [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/autonomie>
52. Kant E. Fondements de la métaphysique des moeurs [Internet]. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2002 [cité 29 nov 2020]. (classiques des sciences sociales). Disponible sur: http://www.uqac.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/classiques/kant_emmanuel/fondements_meta_moeurs/fondements.html
53. Diederich N. 2. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. In: Stériliser le handicap mental ? [Internet]. ERES; 1998 [cité 15 nov 2020]. p. 251. Disponible sur: <http://www.cairn.info/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-251.htm>
54. Svandra P. L'autonomie comme expression des « capacités ». *Éthique & Santé*. 1 mai 2007;4(2):74-7.
55. Marzano M. Je consens, donc je suis...: Éthique de l'autonomie. Presses Universitaires de France; 2006. 143 p.
56. Formarier M. Cours de sur l'épistémologie des concepts en soin. 2006 sept; IFCS de Sainte-Anne, Paris,.
57. Ministère des Solidarités et de la Santé. Vivre avec une maladie chronique [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 29 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>
58. Rother Bautzer E. L'autonomie du malade chronique, enjeu de nouvelles coopérations interprofessionnelles. *Education Permanente*. 1 juin 2013;
59. Ménoret M. La prescription d'autonomie en médecine. *Anthropologie & Santé Revue*

- internationale francophone d'anthropologie de la santé [Internet]. 11 mai 2015 [cité 29 nov 2020];(10). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1665>
60. Santé Publique France. Empowerment des jeunes' : le dossier de la Santé en action n°446 [Internet]. Santé Publique France. [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: </liste-des-actualites/empowerment-des-jeunes-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-446>
61. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique [Internet] [Thèse de doctorat en santé publique]. Université catholique de Louvain; 2007 [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/Aujoulat%20TH%20ESE%20Empowerment%20UCL.pdf>
62. BACQUÉ M-H, BIEWENER C. L'empowerment, une pratique émancipatrice ? La Découverte; 2015. 141 p.
63. WHO Regional Office for Europe. User empowerment in mental health – a statement. 2010;20.
64. Bernard B, Jean-Marie B, Christel M. L'empowerment des patients: pourquoi et comment. :8.
65. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. Am J Health Promot. févr 1992;6(3):197-205.
66. Thomas KW, Velthouse BA. Cognitive Elements of Empowerment: An « Interpretive » Model of Intrinsic Task Motivation. :17.
67. Eymard-Simonian C, Thuilier O, Vial M. Le travail de fin d'études: s'initier à la recherche en soins infirmiers : UE 3.4 et UE 5.6. 2018.
68. Formarier M. La démarche et la recherche clinique. Recherche en soins infirmiers. 2006;N° 84(1):3-3.
69. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin. 2007. 126p p.
70. Lincoln, Yvonna S. Emerging Criteria for Quality in Qualitative and Interpretive Research [Internet]. 1995 [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/107780049500100301>
71. Sauvayre R. Chapitre 1. La préparation à l'entretien. Psycho Sup. 2013;1-47.
72. De Ketele J-M, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations [Internet]. 1996 [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807300378-methodologie-du-recueil-d-informations>

73. VIAL M. Methodologie clinique en sciences de l'éducation posture du chercheur [Internet]. 2005 [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: http://www.michelvial.com/boite_01_05/2005-Methodologie_clinique_en_sciences_de_l_education_posture_du_chercheur.pdf
74. Paille P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. Paris; 2008.

8 Annexes

Annexe 1 : Tableau de résultats de recherches d'articles en fonction des bases de données

TOTAL à partir des mots clefs	Bases de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
23	PubMed	8354	8038	15	0
	Science Direct ENG	39 511		78	1
	Science direct FR	608 Maladies Chroniques 15 ALD	30 MC 0 ALD	2 MC 0 ALD	6
	SportDiscus	58 MC 1 ALD	26 MC 0 ALD	1 MC 0 ALD	2
	EM consulte	21 494			
	Cairn	12	0	0	0
	Cairn ANG	42	0	0	0
	Isidore	7986		0	0
	Google scholar	327		2	4
	Summon	529	30	2	5
	ANFE	10	4	4	4
	AOTA	55	1	1	1

Annexe 2 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature

Sources	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs Disciplinaires	Résultat	Questions
Science & Sports ELSEVIER EM consulte (2019)	Bénéfices physiques et psycho activité physique pour maladies chroniques	Cohorte prospective Étude longitudinale	Patient rémois atteints de maladies chroniques (n=463 au départ – n=117 fin) Age : 51,6 +/- 14,5 Majorité de femme	Études APA sur différentes maladies chroniques Complications maladies chroniques Définition de l'ASA Définition du contrat local de santé (CLS)	Santé Sciences du sport : étudiée Santé publique :	Distance de marche (TDM6) améliorée de 30,65m Tonicité musculaire améliorée de 2,58 unités Souplesse augmentée : distance doigts-sol dim de 3,26 cm QDV : santé phys améliorée de 2,27 points, psychique am de 2,85 points, niv d'act am de 4,53 pts. Détail par année : différence significative des items pour 2013-14.	Quelles sont les maladies chroniques incluse dans l'étude ? Signifiante des activités physiques auprès des patients ? Répercussions dans AVQ ?
Movement & Sport Sciences - Science & Motricité (2014)	La perception de l'activité physique comme mode de prise de charge du VIH : effets de la visibilité du corps sur les stratégies de gestion d'une « maladie chronique »	Étude longitudinale	619 PVVIH	VIH : précarité et vulnérabilité (socio-éco, risque psychosocial Encadrement de la maladie chronique, prévention sanitaire et incitation à l'AP (plusieurs études montre les bienfaits des APS – incitation, différentes formes d'incitation dépendent du contexte socio-éco)	Santé publique Sociologie	Statistiques descriptives : répartition des revenus en fonction de leur situation professionnelle Régression logistique (effets variables explicatives sur celles de l'adhésion au modèle malade chronique) : variable qui pèse le plus sur chronicisation = visibilité de son VIH → Impact sur les 3 variables de chronicisation (alimentations, rapport au med, APS reconnu comme moyen de PEC au fur et à mesure de la maladie (de + en + visible)) → considérer APS comme moyen de PEC = seuil dans chronicisation	Ce modèle peut-il s'appliquer à toutes les maladies chroniques dans laquelle la PEC en APS sera primordiale ?

<p>2019</p> <p>Elsevier – Science direct – EM consulte</p>	<p>Évaluation d'un programme d'ETP sur l'AP à distance d'une rééducation réadaptation cardiovasculaire</p>	<p>Étude longitudinale</p>	<p>134 patients (27 femmes et 107 hommes) Age : 60,4 ans (+/- 9,8 ans) 88 coronariens et 37 valvulaires</p>	<p>Présentation du RRCV → reconditionnement à l'effort Définition réadaptation cardiovasculaire Recommandation gestion style de vie ETP : effet bénéfique en CV ETP : essentielle à la PEC des CV → compréhension du ttt + modif mode de vie ETP sur AP : EAPA</p>	<p>Santé Sciences du sport Santé publique</p>	<p>Analyse des connaissances sur AP et du suivi de la pratique physique : Nb de bonnes réponses aux questionnaires aug suite éduc 15,11/20 (au lieu de 12,48/20 au début) + consolidation 6 mois après – Dépenses phys sem aug de 50% 6 mois après – Respect des recommandations pour 72,4% de la pop Analyse du TDM6, anthropométrie et composition corpo : Distance parcourue aug en fin de réeduc et dim très peu 6 mois après – Poids aug de 0,9kg et IMC aug de 0,6km/m² -répartition des masses corpo reste stable</p>	<p>Différence avec groupe qui ne reçoit pas d'ETP ? L'ETP est-elle applicable pour toutes les maladies chroniques ? Quelle place l'ergothérapeute aurait dans cette ETP ?</p>
<p>Revue Pneumologie Clinique</p> <p>Elsevier Science Direct Em Consulte (2013)</p>	<p>AP quotidienne de patients adultes atteints de mucoviscidose</p>	<p>Étude transversale</p>	<p>30 patients atteints de mucoviscidose depuis plus de 6 mois Sans pathologies associées Hommes et femmes Corpulence moyenne</p>	<p>Amélioration de l'espérance de vie des personnes atteintes mais nouvelles problématiques apparaissent Capacités d'exercices des personnes à quantifier pour PEC adaptée Pas de questionnaire validé ciblant la mucoviscidose</p>	<p>Santé Santé publique Sciences du sport</p>	<p>Répartition des dépenses énergétiques corrélée avec la VO2 pic : 22% < 3 MET, 10% entre 3-5 MET, 2,5% > 5 MET – 65% act = 1 MET Bon questionnaire : infos détaillées sur niveau d'APQ + info quantitatives et qualitatives sur dépenses E quotidiennes 2/3 de leur temps : act sédentaires (inactivité) Dépistage de la sédentarité des patients Quantifier l'act quotidienne → sensibilisation du patient + orientation vers prgm réhab respi perso</p>	<p>Le questionnaire peut-il être utilisé par tous types de pathologies chroniques ? Peut-il être un outil pertinent à la pratique de l'ergothérapie ?</p>

<p>Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique</p> <p>Elsevier Science Direct Em Consulte (2017)</p>	<p>Cancer du sein, activité physique adaptée et QDV</p>	<p>Étude longitudinale Étude quantitative et qualitative</p>	<p>10 femmes de 36 à 55 ans Rémission de cancer non métastaté Pas de contre-indication à l'AP</p>	<p>Impact du cancer du sein sur QDV, facteurs externes, dimension intrapsychique APA, cancer du sein et QDV Cancer du sein et APA escrime</p>	<p>Science médicale Sciences sociales Sciences du sport</p>	<p>Soutien social perçu au cours du temps : moins de soutien émotionnel, soutien informatif significativement inférieur Évolution des scores de QDV : aucun effet significatif au fil du temps pour le bien-être émotionnel, fonctionnel, familial et social Entretien : avant APA → peur, anxiété par rapport à la récurrence, Après APA : plus de repères, moins de sentiment de rupture avec le monde de soins, plus de continuité, plus de confiance en elles, lien avec le monde social</p> <p>Effectif réduit de l'étude Possible que APA en soi ne soit pas suffisant pour influencer la QDV Variabilité individuelle</p>	<p>Quels sont les facteurs pouvant influencer la QDV des patients significativement ? Voient-elles une différence dans leurs AVQ ?</p>
<p>Science & Sport</p> <p>Elsevier Science Direct Em Consulte (2019)</p>	<p>Efficacité d'un programme d'entraînement individualisé basé sur la mesure directe du VO2max chez les malades porteurs de maladies chroniques : le protocole PEP'C</p>	<p>Étude prospective – longitudinale (avant et après intervention) Quantitative et qualitative</p>	<p>153 patients atteints de maladies chroniques Pouvant bénéficier de 2 mesures du débit max d'O2 ou VO2max Non contre-indication AP Moyen 61,1 ans Majorité Cancer</p>	<p>Maladies chroniques Interval training</p>	<p>Sciences médicales Santé publique Science du sport</p>	<p>Après 10 semaines : Amélioration de 9,9% de la VO2max Augmentation de 31,9% de la puissance développée au 1^{er} seuil ventilatoire MOS SF 36 : Physique : amélioration de 22% - Psychique : amélioration de 19% Pour une même charge de travail les patients sont</p>	<p>Qu'en est-il des autres pathologies chroniques ? L'impact sur les AVQ est-il vraiment significatif ? autre outil que QDV ?</p>

						capables de dév une charge de travail 30x supérieure → Résultats meilleurs chez maladies neurodégénératives et cancer Amélioration de l'autonomie Amélioration plus marquée de la VO2max avec l'avancée en âge	
Revue du Rhumatisme Science direct Em Consulte ELSEVIER MASSON (2016)	Activité physique et polyarthrite rhumatoïde	Revue de littérature PubMed	Adulte ayant une polyarthrite rhumatoïde et participante à des programmes d'AP Adulte ayant l'AP comme intervention principale	Définition Polyarthrite rhumatoïde Activité physique	Sciences médicales Sciences du sport Sociologie Santé publique	Effet PR sur AP : population PR plus sédentaire que la population générale Effet AP sur PR : - <u>Amélioration de l'activité de la maladie</u> : niveau d'AP est un facteur important avant la maladie (facteur protecteur) - Amélioration fonctions cardio-vasc : amélioration de l'activité autonome du cœur- impact sur os : ralentissement des lésions articulaires Aggravation des lésions articulaires Amélioration de la perception douloureuse et la fatigue meilleure QDV ressentie Frein à la pratique : manque d'information, éducation : aspects bénéfiques - manque de connaissance des rhumatologues sur AP - manque de motivation : dû au manque d'information	Le manque d'informations sur les bénéfices de l'AP se généralisent-elles pour toutes les ALD ? Les médecins généralistes connaissent-ils les mesures de prescription d'AP, pour quels professionnels ? Quels retentissements sur la vie quotidienne ont eu ses programmes d'AP ?

<p>Australian Occupational Therapy Journal Volume 60 (2013)</p>	<p>Impact d'un programme d'auto-management basé sur l'ergothérapie sur le management de sa maladie chronique</p>	<p>Étude mixte longitudinale</p>	<p>Recrutement des patients durant des consultations annuelles Deux groupes de patients âgés de 18 ans et plus Sans troubles de la santé mentales ni troubles physiques 18 patients au départ 15 patients à la dernière réévaluation</p>	<p>Occupational therapy Medical Research Council (MRC)</p>	<p>Sciences médicales Santé publique Sciences de l'occupation</p>	<p>Performance occupationnelle : augmentation entre les 3 temps (début, fin et 2 semaines après) Habilités à effectuer ses occupations : augmentation générale dans toutes les sous parties (mobilité, tâches domestiques +++) Fréquence de participation dans ses occupations : augmentation générale (domestique, loisir : immédiatement à la fin du prgm) Anxiété et dépression : pas de différence significative Auto-efficacité : augmentation Auto-évaluation : amélioration surtout après 8 semaines Mesure qualitative : sentiment de sécurité au sein du groupe, plus de connaissances/applications en groupes + encouragement/motivation entre eux, interaction sociale les aide, le fait de faire des buts par semaine permet d'identifier ses occupations significatives, le livret a été une aide précieuse, une ou deux semaines de plus aurait été bien.</p>	<p>Est-ce que ce genre de programme est transférable en France ? en existe-t-il déjà ? Quels sont les maladies chroniques incluent dans l'étude ? Ce programme peut-il marcher auprès de patient ayant des pathologies en santé mentale et physique (exclus dans l'étude) ?</p>
---	--	----------------------------------	--	--	---	--	---

<p>Nutrition Clinique et Métabolisme</p> <p>Elsevier Masson Science direct EM consulte (2014)</p>	<p>Activité physique lors de la sclérose latérale amyotrophique</p>	<p>Revue de littérature</p>	<p>Patient SLA Études sur animaux</p>	<p>Prévalence de la SLA Manifestation de la maladie Traitement de la maladie</p>	<p>Sciences médicales Sciences du sport Santé publique</p>	<p>Résultats études humaines : <u>AP et risque de développer une SLA</u> : protectrice de SLA (mais risque pour certaines AP avec dopage, AI, drogues, complément alim, ou très intense) – <u>intérêt AP pour SLA</u> : APA : initiale (entretien territoires sains), stade avancé (lutter contre complications musculaire, articulaire, respiratoire), précautions car peut d'études sur l'intensité des exercices (subjectifs), Revue 2009 : amélioration autonomie, respiratoire, spasticité, force, QDV, fct globales (ALSFRS), CVF, Analyse globale (4,3x plus de chances de maintenir leur score de Norris, 3,6x plus de chances de maintenir leur Force, 3,1x plus de chances de maintenir leur fct globales, 1,2-1,4x plus de chance de maintenir leur CVF) / analyse qualitative (multiple biais : appliquer prgm APA individualisée, adaptés aux possibilités et désirs de la personnes, réponses à ces prgms), Analyse Cochrane 2013 : effets positifs AP sur ALSFRS (/témoins), pas d'effets sur la QDV, fatigue musculaire (MAIS faible participants donc pas significatif).</p>	<p>L'AP pour SLA a-t-elle un impact dans leur AVQ ? Quel serait l'apport d'un ergothérapeute dans ces programmes-là ? Les résultats seraient-ils les mêmes avec les autres ALD ?</p>
---	---	-----------------------------	---	--	--	---	--

L'encéphale Science Direct (2011)	Bénéfices des activités physiques adaptées dans la prise en charge de la schizophrénie : revue systématique de la littérature	Revue de littérature	Sujets en hospitalisation à temps complet entre 30 et 52 ans	Épidémiologie de la schizophrénie en France Trouble de la schizophrénie Définition de l'activité physique	Sciences médicales Sciences du sport Santé publique	AP et effets sur la santé du sujet schizo <u>AP et symptôme psy</u> : effet limité sur symptômes positifs (2 études : amélioration significatives), symptômes négatifs (diminution significative dans 3 études mais faible échantillon) – effets bénéfiques sur QDV et symptômes dépressifs (bien être, dim anxiété à très CT) <u>Ap er santé physique</u> : amélioration au niveau des effets du ttt et du mode de vie (conditions physiques aérobie, VO2max, distance parcourue au TDM6) – diminution du tour de taille et de hanche + masse corporelle (/témoins) entre 3 et 6 mois – 63% des sujets suivis pour tb psy accepteraient un prgm d'AP couplé à un sevrage tabagique pour lutter contre le manque (schizo compris)	Est-ce transférable à toute la population des schizophrènes ? et les autres troubles psy ? Quels effets dans la vie de tous les jours ? Quels effets sur le MT ?
Swiss Sports & Exercise Medecine, 64 (2016)	Bénéfices de l'APA couplée à des interventions Psychologiques ciblées pour les personnes souffrant de SEP	Étude longitudinale - mixte (24 semaines)	29 patients (score EDSS<5,5) moins de 60 ans qui ont adhéré au projet « psychologie du sport pour SEP » 3 groupes Groupe intervention exercice (n=5)	SEP : épidémiologie, troubles physiologiques, physiques et psychique Recommandations AP et psychothérapeutique	Sciences médicales Sciences du sport Psychologie Santé publique	Après 12 semaines d'intervention : Dim de la fatigue cognitive : MOT (29,63 → 26,88), EX (29,40 → 28,60), Contrôle (32,88→ 31,75) Dim de la fatigue motrice : MOT (38,8 → 32,3), EX (37,2 → 32,2) > contrôle Dim des symptômes anxieux : EX (11,6 → 10,2)	L'apport psychosportifs a-t-elle un impact sur les AVQ ? Est-ce que l'apport psycho-sportif est applicable pour toutes les ALD ? Est-ce que d'autres disciplines sont associables pour le

			<p>Groupe intervention combinée (AP + séance psycho) (n=8)</p> <p>Groupe contrôle (n=16)</p>			<p>et MOT (8,6 → 7,25) – pas de différence pour contrôle</p> <p>Dépression : dim MOT (6,88 → 5,5), stabilité contrôle, aug EX (4,6 → 7,2)</p> <p>Après 24 semaines : effets positifs de l'intervention ont perdurés dans le temps (fatigue mot et cognitive ++)</p> <p>– effet bénéfiques</p> <p>dépression apparaissent pour EX – symptômes anxieux restent stables pour MOT et contrôle</p> <p>Résultats qualitatifs</p> <p>Diminution des douleurs, bien-être psychologique</p> <p>Net changement d'humeur a fil des semaines</p> <p>Plus d'échange entre eux</p> <p>Motivation : social, sentiment d'appartenance, esprit sportif</p> <p>Participation au 20 km de Lausanne de leur propre initiative</p>	<p>bien-être de la personne atteinte de maladies chroniques ?</p>
<p>Movement & Sport Science/ Science & Motricité (2019)</p>	<p>AP à domicile pour les séniors : revue de la question et proposition d'une pratique optimisée</p>	<p>Revue de littérature Étude longitudinale - mixte (MOTION)</p>	<p>Publics séniors + 65 ans</p> <p>MOTION (n=44, divisé en 3 groupes)</p>	<p>Bienfaits AP sur séniors</p> <p>Préconisation AP</p> <p>Mode de vie sédentaire</p> <p>Loi du sport sur ordonnance (2016)</p> <p>Pratique à domicile</p>	<p>Sciences médicales</p> <p>Sciences du sport</p> <p>Santé publique</p>	<p>Entraînement à domicile en autonomie non supervisée :</p> <p>Effets (+) : amélioration fonctionnelles, dim risque de chute – moindre que superv Solutions (diminuer l'autonomie + faire venir un pro pour individualiser et réajuster/combiner avec exercice en club),</p>	<p>Les cours en visioconférence seraient-ils une bonne alternative pour les patients atteints de maladies chroniques lorsque ceux-ci n'auraient pas la possibilité de se déplacer ?</p>

						<p>Amélioration statut fonctionnel, performances physiques (bienfait 3 mois après prgm)</p> <p>Amélioration de la mobilité</p> <p>Amélioration du contrôle postural</p> <p>Réduction risque de chute (équilibre ++) → moindre que les entraînement traditionnel (Tai Chi)</p> <p>Pas d'apport QDV, Quantité AP, cognition, estime de soi</p> <p>Entraînement à domicile supervisé en direct : Bénéfices supérieurs + contact direct en visioconférence (santé globale et équilibre) → Transport compliqué pour eux</p>	Les conseils d'un ergothérapeute pourraient-ils se transmettre en visioC ?
<p>Nutrition Clinique et Métabolisme</p> <p>Science Direct EM Consulte (2017)</p>	<p>Efficacité d'un conseil minimal abordant l'AP et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance</p>	<p>Étude longitudinale</p> <p>Étude quantitative</p>	<p>84 sujets : 72% plus de 65 ans</p> <p>18 ans minimum</p> <p>Pas de contre-indication AP</p> <p>Pas de patho, cardio, ttt cancer</p> <p>Accessibilité au conseil minimal</p>	<p>Sédentarité et conséquence mondiale</p> <p>Surpoids et obésité</p> <p>PEC des 2 concepts</p> <p>Position du médecin</p>	<p>Santé publique</p> <p>Sciences médicales</p>	<p>Aug significative niveau AP après 6 mois du « conseil minimal » (F conseil minimal +++ > F phase initiale), qq soit le statut pondéral (pas significatif) – Excès pondéral niv AP : « conseil minimal » > « phase initiale ».</p> <p>Médecin généraliste se doit de jouer un rôle dans la prévention de la sédentarité</p> <p>Conseil minimal est favorable</p>	<p>Cela est-il transférable pour les patients atteints de ALD ?</p>

<p>Santé publique</p> <p>Cairn (2014)</p>	<p>Les systèmes d'orientation à l'AP au Royaume-Uni : efficacité et enseignements</p>	<p>Revue de littérature (essais randomisés, essais contrôlés, méta-analyse, études qualitatives)</p>	<p>Malades chroniques ou FdR</p>	<p>Activité physique selon OMS + recommandations</p> <p>Effets néfastes de l'inactivité physique</p> <p>Efficacité AP</p>	<p>Santé publique</p> <p>Sciences médicales</p> <p>Économie</p>	<p>Efficacité : Aug d'individus réalisant 90 à 150 min d'AP modérée hebdomadaire</p> <p>Réduction du niveau de dépression</p> <p>Pas de différence sur l'AP/santé au MT</p> <p>Aug AP que sur patients risque cardio (sans tb AD)</p> <p>Utilisation approche motivationnelle (théorie autodétermination) → pas d'effet sauf baisse anxiété MT</p> <p>Facteurs d'orientation : d'adhésion et de réussite des SOAP : facteurs cardio, manque d'infos des médecins,</p> <p><u>Adhésion</u> : aug motivation intrinsèque, satisfaction psycho, faible écart entre les attentes et prgm proposé, pratique en groupe, empathie, travail identification de solutions pour futures pratique.</p> <p><u>Perspectives de transpositions en FR</u></p> <p>Efficient en terme médico-économique chez patients porteurs de comorbidités</p> <p>Qualité professionnels AP : facteurs de succès</p> <p>Formation des médecins doit être meilleure, identification des marqueurs motivationnels</p>	<p>Ces types de prgm peut-il être transférable/utilisable en France pour améliorer l'adhésion et le développement de l'AP pour les maladies chroniques ?</p> <p>Peut-il être un facteur de diminution des maladies chroniques ?</p> <p>Quelles places l'ergothérapeute a-t-il dans ce programme ?</p>
---	---	--	----------------------------------	---	---	---	---

<p>Progrès en Urologie</p> <p>Elsevier Science Direct EM Consulte (2019)</p>	<p>Patients avec un cancer de la prostate traités par hormonothérapie : impact de l'APA</p>	<p>Revue de littérature (2010-2019)</p>	<p>Patients atteints du cancer de la prostate traité par hormonothérapie</p>	<p>Hormonothérapie Promotion AP pour patient cancéreux</p>	<p>Santé publique Sciences médicales Sciences du sport</p>	<p>APA : principes et bénéfices : Amélioration de la QDV Amélioration performances physiques (renfo M, aérobie) Amélioration des capacités fonctionnelles (temps marche, force) Diminution du risque de chute/fracture Intensité adéquate : dim de la fatigue, stress lié à la maladie Amélioration fonction sexuelle et cognitives Pas de conclusion sur les troubles de l'humeur Pas de programme types (utiliser les directives générales)</p>	
<p>Bulletin du Cancer</p> <p>Science Direct EM Consulte (2019)</p>	<p>Retour d'expérience sur un programme de soins complémentaires associant APA, méditation basée sur la pleine conscience et soins socio-esthétique</p>	<p>Études longitudinale – Mixte</p>	<p>144 Patients atteints de cancer Métastasés ou non En cours de ttt ou à la fin Majorité de femme</p>	<p>Loi 2017 : loi sur ordonnance Bienfaits APA et cancer Insuffisance adhésion APA Modèle théorique des changements de comportement Projet Molitor Evasiona</p>	<p>Santé publique Psychologies Sciences du sport</p>	<p>Participation : Environ 9 mois pour tous, environ 1 séances/sem, 66,6% stage méditation, 75% soins socio-esthétique Satisfaction : Globale : 95% des retours (63,9%) 98% répondu aux attentes 96% bénéfiques Amélioration condition phys (force, souplesse, endurance, posture ...) Atténuation de certains symptômes (douleurs, insomnies, fatigue) Réappropriation corporelle (sensations, image de soi ...)</p>	<p>Est-ce transférable pour toutes les maladies chroniques ? Quelles répercussions dans la vie quotidienne ?</p>

						<p>Renfo confiance en soi (capacités) Encadrement + soutien du groupe = Facteurs importants dans satisfaction</p> <p>Changement psychocorporel : dim de l'anxiété, détresse émotionnelle, latence du sommeil Amélioration de la qualité globale du sommeil, aug de la satisfaction corporelle</p>	
<p>Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement</p> <p>Elsevier Science Direct (2019)</p>	<p>Vivre et travailler avec une maladie chronique : différence et condition commune</p>	<p>Étude qualitative longitudinale, comparative</p>	<p>Personnes vivant avec des maladies chroniques (VHC, Cancer, diabète et VIH)</p>	<p>Maladies chroniques selon l'OMS Épidémiologie FR Études faites sur les maladies chroniques</p>	<p>Santé publique Sciences médicales Sociologie</p>	<p>Gestion de la fatigue tout le temps (pas qu'au travail). Ce qui est menacé par la maladie c'est « l'allure de vie » de l'individu Nouvel équilibre à trouver Important : construire et accepter sa nouvelle vie – préserver son pouvoir d'agir Limitations fonctionnelles et fatigue chroniques Accentue inégalité socio-éco Prendre en compte les restrictions dues à une santé somato-psychique fragilisée (et pas au dg)</p>	
<p>Archives-ouvertes.fr (2019)</p>	<p>Effets d'un programme d'incitation et d'éducation à l'AP à domicile chez des patients post-AVC en</p>	<p>Étude expérimentale (essai clinique) comparative prospective, randomisée, de</p>	<p>84 patients post-AVC (>18 ans) (FAC >2) Pas d'expression clinique AVC Pas HTA non contrôlée</p>	<p>AVC Conséquences post-AVC Bénéfices AP post-AVC Recommandations AP</p>	<p>Santé Santé publique Sciences du sport</p>	<p>Pgrm incitation à l'AP : amélioration capacité fonctionnelle, dim de la fatigue (GE) – pas de différence significative sur anxiété et dépression (mais amélioration chez GE / GC)</p>	<p>Ce type de prgm pourrait-il se mettre en place pour d'autre ALD ? Quel est le rôle de l'ergothérapeute</p>

	phase subaiguë sur la performance au TDM6	supériorité, en simple aveugle et monocentrique Longitudinale – mixte	Pas BDAE <2 Pas Contre-indic effort Pas handicap limitant la marche avant AVC Pas tb cognitifs			Pratique AP : effets bénéfiques sur physiques et psycho pour post-AVC phase subaiguë Incitation AP : permet aux patients d'atteindre les recommandations en termes d'AP Effets bénéfiques : maintenus après arrêt du prgm (périmètre de marche, fatigue) Modification du comportement → + actifs	précisément dans l'équipe de suivi ? Qu'en est-il des patients post-AVC ayant plus d'incapacités ?
American Journal Of Occupational Therapy	Promoting physical activity and nutrition in people with stroke	Revue de littérature	Patients ayant eu un AVC		Sciences médicales Santé Publique	L'éducation de la personne et de sa famille en promouvant l'activité physique est primordiale pour favoriser l'engagement de la personne dans les AP. Cependant, il est difficile de le mettre en place car la priorité en SSR est la rééducation fonctionnelle dans un premier temps	La priorité de PEC est-elle la même en France ? En est-il de même pour les autres pathologies ?
Université du Québec à Trois-Rivières	Faciliter l'engagement des personnes ayant subi un AVC dans l'activité physique : pistes d'action pour les ergothérapeutes	Essais	Personne ayant subi un AVC – ergothérapeutes		Santé publique Sciences médicales	14 pistes d'actions sont retenues Les pistes qui concernent la personne sont plus facilement applicables (et font déjà partie des actions réalisées comme l'éducation, la motivation ou l'adaptation des occupations) que celles qui concernent les éléments éloignés de la personne (plaidoyer au niveau de l'institution)	Les freins sont-ils les mêmes en France ?

ANFE	Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : une rescension des écrits (2020)	Revue de littérature	Enfants, adulte, personnes âgées		Santé publique, science de l'occupation	L'utilisation des activités physiques et sportives en ergothérapie permet une amélioration de l'engagement et de l'équilibre occupationnel. Il est important que les ergothérapeutes abordent l'activité physique sous l'angle des sciences de l'occupation pour pouvoir les utiliser. Les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans le retour à l'activité physique des personnes auprès desquelles ils interviennent. Ceci afin d'améliorer leur participation occupationnelle.	Les ergothérapeutes français ont-ils conscience de leur compétence dans ce domaine ? Quelle est la part d'ergothérapeute intégrant les activités physiques ?
ANFE	Promouvoir l'activité physique : une mission des ergothérapeutes (2020)	Articles de revue	Pathologie neurodégénérative : parkinson		Science de l'occupation	Les ergothérapeutes doivent promouvoir l'activité physique lors des accompagnements et prendre en compte les composantes physiques des activités que les patients cherchent à retrouver. L'activité physique est un vecteur de santé. Ils doivent collaborer avec les différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire. Illustration d'un exemple d'accompagnement (outils d'évaluations, modèles utilisés, objectifs de l'accompagnement)	

ANFE	La boîte comme outil en ergothérapie : une nouvelle vision du soin en santé (2020)	Article de revue	Pathologies psychiques		Science de l'occupation	La boîte est une bonne médiation pour développer toutes les fonctions organiques, physiques, cognitives, émotionnelles et sensorielles. La mise en place d'activité physique en santé mentale s'inscrit dans un but de réhabilitation psycho-sociale. Elle permet de rendre le patient acteur et sera tremplin de resocialisation.	
------	--	------------------	------------------------	--	-------------------------	--	--

Annexe 3 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Intitulé	Modalité de réponse	Objectifs
Sexe		Êtes-vous ?	« Une femme », « un homme », « ne souhaite pas répondre »	Connaitre la répartition des genres des ergothérapeutes répondants au questionnaire
Localisation	Région	Dans quelle région travaillez-vous ?	QCM : différentes régions	Connaitre la répartition en France des ergothérapeutes répondant au questionnaire
Durée d'expérience	Expérience	Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?	Nombre d'années d'expériences	Connaitre l'ancienneté des ergothérapeutes dans le métier
Lieux de travail et pathologies	Type d'établissement	Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?	« SSR », « SM » « dispositif sport santé »	Connaitre l'établissement où travaille l'ergothérapeute répondant au questionnaire
	Pathologies chroniques	Avec quels types de pathologies chroniques travaillez-vous ? Définition pathologies chroniques	QR : réponse qualitative	Connaitre dans quels champs disciplinaires travaille l'ergothérapeute
	Expérience au sein de l'établissement	Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ?	QR : nombre d'années/mois	Connaitre l'ancienneté de l'ergothérapeute dans la structure
Activité physique	Définition	Si je vous dis « activité physique », qu'entendez-vous par ces termes ? pouvez-vous me donner une définition ?		Connaitre les connaissances des ergo en termes d'activité physique
PEC en Activité physique		Intégrez-vous l'AP dans votre PEC ? + définition de l'activité physique	« Oui » « Non »	Connaitre la part des ergothérapeute intégrant l'activité physique dans leur PEC

		Si oui, sous quelle forme ?	Questions semi-ouvertes : « prévention », « éducation », « mise en place d'APA », Accompagnement aux AP après séjour », « autres »	Connaître les types de prise en charge autour de l'activité physique par les ergothérapeutes
		Votre PEC autour de l'AP est-elle prescrite par un médecin ?	« Oui », « non » + remarques	Connaître l'implication des ergothérapeutes dans le champ de l'AP
		Pouvez-vous expliquer brièvement en quoi consiste votre PEC autour de l'AP	Réponses qualitatives	Connaître les types de prise en charge autour de l'activité physique par les ergothérapeutes
	Outils utilisés	Utilisez-vous des outils spécifiques afin d'aider les patients dans la mise en place de leur AP ?	« Oui », « non » Si oui : « évaluations » lesquelles, « outils numériques » précisez, « livret d'accompagnement » « Autres »	Connaître le rôle de l'ergothérapeute en termes d'AP au sein des différents établissements durant la PEC des malades chroniques
	Formations complémentaires	Avez-vous effectué une formation en plus de votre formation initiale d'ergothérapeute afin d'intégrer l'activité physique dans vos PEC ?	« Oui » précisez laquelle, « non juste la formation initiale du DE », « non, mais j'ai effectué des recherches personnelles sur le sujet »	Savoir si les ergothérapeutes ont effectué des formations complémentaires pour enrichir leur pratique
Collaboration interprofessionnelle	Professions	Travaillez-vous avec d'autres professionnels avec lesquels l'activité physique est au sein de la PEC ? si oui lesquels	Réponses qualitatives	Connaître s'il existe une collaboration interprofessionnelle autour de l'AP
	Types d'actions	Quelles actions effectuez-vous avec ceux-ci ?	Réponses qualitatives	Connaître les détails de la PEC interprofessionnelle autour de l'AP
Implication des ergothérapeutes	Place de l'ergothérapeute	Pensez-vous que les ergothérapeutes ont leur place dans le champ des AP ? Pourquoi ?	« Oui », « non » pourquoi	Connaître l'implication des ergothérapeutes dans le champ de l'AP

		Saviez-vous que les ergothérapeutes sont intégrés dans la loi du sport sur ordonnance ?	« Oui », « non »	Connaitre l'implication des ergothérapeutes dans le champ de l'AP et ses lois
Pratique de l'AP		Pratiquez-vous vous-même des activités physiques ? Si oui, lesquelles ?	Réponses qualitatives	Connaitre les pratiques sportives personnelles des ergothérapeutes répondants

Annexe 5 : Matrice théorique

Concepts	Variables/attributs principaux	Indicateurs			
Engagement	Comportement engagé	Le comportement a du sens pour la personne			
		Référence à la notion de flow	La personne est tellement engagée que plus rien ne compte autour		
		Fabrication d'habitude			
	Sources de l'engagement	Motivation intrinsèque	Engagement par présence de plaisir		
		Motivation extrinsèque	Régulation intégrée : engagement par identification de l'importance du comportement		
			Régulation identifiée : engagement car cela correspond aux valeurs de la personne		
			Régulation introjectée : engagement dans le but d'avoir l'approbation d'autres personnes/éviter des sentiments négatifs (culpabilité)		
			Régulation externe : engagement pour avoir une récompense/éviter une menace		
Amotivation	Pas d'engagement : pas de lien entre leur comportement et les résultats obtenus				
Autonomie	Autonomie générale	Action	Pouvoir se déplacer par ses propres moyens. Pouvoir agir par ses propres moyens (AVQ)		
		Pensée	Comprendre et avoir un esprit critique. Savoir mesurer les risques		
		Volonté	Souveraineté : Faculté de se déterminer par soi-même. Décider pour soi en fonction de critères personnels		
			Autolimitation : La propriété qu'a la volonté d'être elle-même sa propre loi. Maîtriser son environnement et son autolimitation.		
			Expression de nos capacités		
	Autonomie en santé	Processus d'empowerment	Powerlessness	Absence de pouvoir	
			Prise de conscience de sa situation	Expression de ses besoins/difficultés	
			Participation aux choix des modalités de PES	Négociation possible, Proposition des différentes modalités de PES	
			Prise de conscience de son pouvoir d'agir	État d'empowered	
		État d'empowered	L'individu se sent concerné par la tâche		
			L'individu se sent compétent		
L'individu est autodéterminé : il peut effectuer des choix					
L'individu a conscience de l'impact du comportement					

Annexe 6 : Cadre d'écoute

Objectif de l'entretien	Recueillir la perception des ergothérapeutes sur le pouvoir d'agir des personnes atteintes d'affections longues durées lorsqu'elles sont à nouveau engagées dans leurs AP
Question inaugurale	Après que la personne atteinte d'ALD soit à nouveau engagée dans ses AP, comment percevez-vous son pouvoir d'agir ?
Profils types issus de la théorie	<p>Différentes étapes de pouvoir-d'agir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La personne est en absence de pouvoir : powerlessness - La personne prend conscience de sa situation - La personne participe aux modalités de PES - La personne a conscience de son pouvoir d'agir : cela a du sens, elle se sent compétente, autodéterminée, conscience de l'impact de son comportement
	<p>Différentes sources de l'engagement (possiblement évoqué) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intrinsèque : Pour le plaisir que procure l'activité - Extrinsèque : <ul style="list-style-type: none"> - Intégrée : Activité importante - Identifiée : En accord avec ses valeurs - Introjectée : avoir l'approbation des personnes - Externe : Pour avoir une récompense/éviter une menace

Annexe 11 : Nuages de mots de l'analyse lexicale



Figure 3: Nuage de mots de l'entretien avec Mme C.



Figure 4: Nuage de mots de l'entretien de Mme F.



Figure 2: Nuage de mots de l'entretien avec M.E.



Figure 3: Nuage de mots de l'entretien avec Mme G.

Résumé : La sédentarité est un problème de santé publique mondiale. En effet, c'est le 4^{ème} facteur de risque de décès dans le monde. En France, des textes officiels récents ont vu le jour concernant la prescription d'activités physiques adaptées par les médecins, pour les personnes atteintes d'affections longues durées (ALD). Les ergothérapeutes sont intégrés dans ces textes pour intervenir auprès des personnes en ALD ayant des limitations sévères. Une enquête exploratoire a mis en avant que les objectifs des accompagnements à l'activité physique en ergothérapie sont l'engagement et l'autonomie des patients. L'objectif de cette recherche est de mettre en lumière la perception des ergothérapeutes du pouvoir d'agir de la personne ALD lorsqu'elle est à nouveau engagée dans ses activités physiques. Une méthode clinique et une analyse des résultats ont été réalisées auprès de deux ergothérapeutes travaillant en centre de rééducation et deux ergothérapeutes travaillant en santé mentale. Ces ergothérapeutes ont mis en avant une réelle évolution des comportements des patients ainsi que des augmentations de prise de conscience de leur capacités (celles-ci étant altérées dû à l'apparition de la maladie). De plus, ils ont eu un discours sur les choix et l'utilité des activités physiques durant l'accompagnement. En conclusion, la promotion de l'activité physique en ergothérapie tend à se développer de plus en plus dans les pratiques durant les années à venir.

Mots-clefs : Ergothérapie, Affections Longues Durées, Maladie Chronique, Activités physiques, Engagement, Pouvoir d'agir

Abstract: Sedentary life is a health public problem. Indeed, it is the fourth death risk factor in the world. In France, new legal texts were passed with reference to adapted physical activity advice for people with chronic diseases. Occupational therapists are included in these texts to intervene with people which have severe impairment. An exploratory survey provided that the goal of physical activity care in occupational therapy are engagement and autonomy. The aim of this study is to identify the occupational therapists perception of the patients with chronic disease empowerment, when they are once again engaged in their physical activities. A clinical method was conducted with two occupational therapists working in rehabilitation center and two occupational therapists working in mental health. They talked about a real behaviour evolution and a realization of their capacities. In addition, they talked about the physical activities choice and usefulness during care. To conclude, physical activity promotion in occupational therapy will grow in the coming years.

Keywords: Occupational therapy, chronic disease, physical activity, engagement, empowerment