

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

L'activité physique en ergothérapie, un outil en faveur de la participation sociale des patients adultes atteints de troubles dépressifs chroniques.

Mémoire présenté et soutenu par
Manon Jeansannetas

En Juin 2022

Mémoire dirigé par
Victor Bourdier
Médecin Psychiatre



Remerciements

Je remercie vivement mon directeur de mémoire, le Docteur Victor Bourdier, pour son soutien, ses nombreux conseils et son suivi rigoureux.

Un grand merci aux enseignants et professionnels qui ont partagé leurs connaissances et leurs expériences de terrain durant ces trois années. J'adresse un remerciement particulier à nos référents pédagogiques : Mme Darsy, M Toffin et M Sombardier.

A M Mandigout, pour son accompagnement, son oreille attentive, ses recommandations et ne sait-on jamais, sa transmission du goût de la recherche.

Merci à l'ensemble des ergothérapeutes ayant pris le temps de répondre à cette enquête.

Je remercie chaleureusement, amicalement, professionnellement les ergothérapeutes diplômées qui m'ont accueillie et formée en stage. Hélène, Françoise, Nathalie, Audrey, Julie, Chloé et Mélanie, mon parcours n'aurait pas été si riche sans votre accompagnement.

Merci à l'intégralité de la promotion 2019-2022 et surtout à Leire, Nissryne, Inès, Elodie et Mickaël.

A Simon et Maud, qui ont rigoureusement relu ce travail de fin d'études.

Merci à ma famille et à ma belle-famille : les présents, comme les absents, qui m'ont encouragée et poussée à me dépasser et qui doivent aujourd'hui être soulagés de me voir entrer dans le monde du travail dans un domaine qui me passionne.

Pour terminer, un immense merci à l'incontournable Fabien. Mon partenaire de vie depuis près d'une décennie ! Merci pour ton soutien, ton relai dans la vie quotidienne, tes relectures, tes conseils et ton amour sans faille malgré mes sautes d'humeur régulières. Sans toi, rien n'aurait été possible !

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

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

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



Charte anti-plagiat

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

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

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

Article 1 :

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

Je, soussigné Manon Jeansannetas

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

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

Fait à Limoges, Le 24.05.2022

Suivi de la signature.



Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

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

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2022
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée(e) Manon Jeansannetas

Etudiante de 3ème année

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

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

Fait à : **Limoges**

Le : 24 mai 2022

Signature de l'étudiante

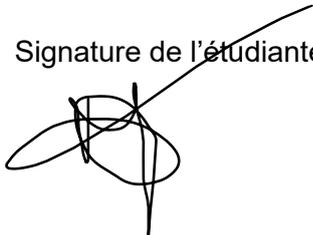
A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Table des abréviations

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

APA : Activité Physique Adaptée

AP : Activité Physique

AVQ : Activités de vie quotidienne

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMP : Centre Médico-Psychologique

DSM 5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques, 5^{ème} édition

E-APA : Enseignant d'Activité Physique Adaptée

EAS : Échelle d'Autonomie Sociale

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

ELADEB : Échelle Lausannoise d'Auto-Évaluation des Difficultés et des Besoins

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

INSEE : Institut National De La Statistique et Des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MHAVIE : La Mesure des Habitudes de Vie

MET : Equivalent Métabolique

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPH : Processus de Production du Handicap

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

SF 36 : Medical Outcome Study Short Forme-36

Table des matières

Introduction	1
Revue de littérature	2
1. La dépression	2
1.1. Critères diagnostiques	2
1.1.1. L'épisode dépressif caractérisé (EDC)	2
1.1.2. Le trouble dépressif persistant	3
1.2. Le parcours de soins	3
1.3. Les moyens thérapeutiques	4
1.3.1. Pharmacothérapie	4
1.3.2. Les thérapies non médicamenteuses	5
1.3.2.1. La psychothérapie	5
1.3.2.2. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	5
1.3.2.3. L'activité physique	6
1.4. Les conséquences de la dépression	6
1.4.1. La réalisation des activités de vie quotidienne (AVQ) particulièrement chamboulée	7
1.4.2. L'isolement social	8
1.4.3. La participation sociale mise à mal	8
2. L'accompagnement en ergothérapie de la personne atteinte de dépression chronique	10
2.1. L'ergothérapie en santé mentale	10
2.1.1. Les outils utilisés	10
2.1.2. Le cadre thérapeutique	10
2.1.3. Une approche fondée sur l'occupation, patient-centré : le Modèle de l'Occupation Humaine	11
2.1.4. L'activité : un but et un moyen thérapeutiques	13
2.1.4.1. L'évaluation	13
2.1.4.2. Les objectifs de prise en soins	14
2.1.4.3. L'AP, un outil supplémentaire ?	14
3. L'activité physique auprès des personnes atteintes de dépression	15
3.1. L'activité physique, qu'est-ce que c'est ?	15
3.1.1. Prescription et définition	15
3.1.2. Les caractéristiques de l'AP	16
3.1.3. L'AP, un moyen thérapeutique reconnu dans les troubles dépressifs pour améliorer la participation sociale	16
Problématique	19
Méthodologie	20
1. Objectif de la méthodologie de recherche	20
2. Population interrogée	20
3. Implémentation du protocole de recherche	20
3.1. Choix de l'outil de recherche	20
3.2. Mode de diffusion	20
3.3. Construction du questionnaire	21
4. Méthode d'analyse des résultats obtenus	22
Description des résultats	23

1. Description de l'échantillon :	23
2. Expérience et lieu d'exercice :	23
3. Généralités sur l'activité physique :	24
4. Les modalités d'intervention :	25
4.1. L'activité physique est utilisée comme moyen thérapeutique	25
4.1.1. Construction d'une séance	25
4.1.2. Caractéristiques de l'AP proposée :	26
4.2. Les objectifs et moyens d'évaluation	30
5. Etude secondaire : les ergothérapeutes ne proposant pas de séance incluant de l'AP	32
Discussion	35
1. L'AP, une activité utilisée par les ergothérapeutes interrogés	35
2. Ce que proposent les ergothérapeutes	37
2.1. Des activités en groupe	37
2.2. Des activités variées	37
2.3. La durée, l'intensité et la fréquence	38
2.4. Des séances en collaboration avec différents professionnels	39
3. Mais alors pourquoi certains ne l'utilisent pas ?	40
3.1. Le profil des ergothérapeutes	40
3.2. L'interprofessionnalité autour de l'AP	41
3.3. Peu de contraintes institutionnelles	41
4. Limites de l'étude	41
5. Perspective : et le plaisir dans tout ça ?	42
Conclusion	44
Références bibliographiques	45
Annexes	51

Table des illustrations

Figure 1 : Schéma explicatif du Modèle de l'Occupation Humaine.....	11
Figure 2 : Les caractéristiques de l'activité physique, selon l'INSERM (2008).	16
Figure 3 : Répartition des ergothérapeutes selon la fréquence d'activité sportive effectuée .	23
Figure 4 : Répartition des ergothérapeutes exerçant dans un unique service de psychiatrie	23
Figure 5 : Répartition des ergothérapeutes exerçant dans plusieurs services de psychiatrie	24
Figure 6 : Répartition des ergothérapeutes utilisant ou n'utilisant pas l'activité physique	25
Figure 7 : Les bilans/évaluations utilisés par les ergothérapeutes avant de proposer de l'activité physique en psychiatrie	25
Figure 8 : Répartition des ergothérapeutes ne proposant pas d'AP dans les services de psychiatrie	32
Figure 9 : Auto-évaluation du niveau d'activité quotidienne des ergothérapeutes ne proposant pas d'AP	32
Figure 10 : Auto-évaluation du niveau d'activité physique des ergothérapeutes ne proposant pas d'AP	33
Figure 11 : Résultats de l'étude menée par J Gramont et E Charles en 2018.....	36

Table des tableaux

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5.....	3
Tableau 2 : Critères diagnostiques du trouble dépressif persistant selon le DSM-5.....	3
Tableau 3 : Les formations complémentaires effectuées par les ergothérapeutes.....	24
Tableau 4 : Critères d'inclusion à une séance incluant de l'activité physique.....	26
Tableau 5 : Les types d'activité physique proposés.....	26
Tableau 6 : Répartition des séances en groupe ou en individuel.....	27
Tableau 7 : Durée moyenne des séances d'activité physique.....	27
Tableau 8 : Données croisées relatives à durée et à l'intensité de l'AP proposée en séance.....	28
Tableau 9 : Données croisées relatives à l'intensité et la fréquence de l'AP proposée en séance.....	28
Tableau 10 : Facteurs limitants la tenue régulière des séances d'activité physique.....	29
Tableau 11 : Lieux où se déroulent les séances d'activité physique.....	29
Tableau 12 : Collaboration entre l'ergothérapeute et les professionnels autour de l'activité physique.....	30
Tableau 13 : Motifs d'inclusion dans une activité de groupe.....	30
Tableau 14 : Moyenne et écart-type des effets de 0 (aucun) à 10 (effets bénéfiques maximaux) sur différents objectifs de prise en soins.....	31
Tableau 15 : Motifs de non-utilisation de l'activité physique en ergothérapie.....	33

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Être en bonne santé, c'est être en mesure d'exprimer son propre potentiel et d'affronter les difficultés et aléas de la vie. La santé mentale est alors une condition pour exercer une activité professionnelle et pour « être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Ainsi, « il n'y a pas de santé sans santé mentale » (Ministère de la Santé).

Les troubles psychiques et leurs répercussions sont une véritable préoccupation de santé publique. La demande de soins ne cesse de croître pour les troubles anxiodépressifs et la pandémie de Covid-19 a encore amplifié ce phénomène. Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en France, une personne sur cinq a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie. Cette pathologie n'épargne aucune tranche d'âge et a de nombreuses conséquences délétères dans la vie quotidienne des patients. La plus dramatique d'entre elles est le passage à l'acte suicidaire. L'OMS estime qu'entre 5 et 20% des sujets dépressifs meurent par suicide.

La dépression a longtemps été perçue comme une affection de courte durée synonyme d'un « accident de la vie » (1). Si elle peut être soignée et considérée comme guérie au-delà d'une période et au regard d'éléments cliniques précis, certains patients développent une forme persistante de la maladie. Appelée « dépression récurrente ou persistante », cette forme nécessite un accompagnement et une surveillance sur le long terme. Elle trouve aujourd'hui sa place dans la liste des affections longue durée (ALD n°23). L'évolution chronique de cette pathologie entraîne dès lors de nombreuses altérations fonctionnelles et occupationnelles s'inscrivant dans la durée. Nous retrouvons notamment une perte d'autonomie et d'indépendance, une sédentarité accrue, un isolement, des difficultés à réaliser des actes de la vie quotidienne et à remplir les rôles sociaux (familiaux et professionnels).

Afin de proposer un accompagnement au plus près des besoins et du projet de vie exprimés par le patient, différents moyens thérapeutiques existent. Les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses sont régulièrement associées. C'est dans ce contexte que l'ergothérapeute, spécialiste de la relation entre l'individu, l'environnement et les occupations, trouve sa place. Pour répondre aux limitations d'activité et à la restriction de participation engendrées par la dépression récurrente, il dispose d'une large palette d'outils.

Depuis 2016, l'activité physique (AP) peut désormais être prescrite dans le cadre d'une ALD. Effectivement, de nombreuses études témoignent de ses bienfaits quant aux symptômes liés aux troubles psychiques.

Nous nous interrogeons alors : “ **En psychiatrie, l'activité physique peut-elle être un outil utilisé par l'ergothérapeute afin de réduire les situations de handicap liées à la dépression chronique ?** »

Revue de littérature

Nous allons désormais faire le point sur les données actuelles de la dépression chronique, de sa prise en charge et de ses conséquences dans la vie quotidienne des patients. La participation sociale, largement entravée dans ce type de pathologie, est un enjeu en ergothérapie. Nous verrons comment l'ergothérapeute peut intervenir et nous étudierons les bénéfices potentiels de l'activité physique dans ce domaine.

1. La dépression

Le terme « dépression » renvoie à une réalité complexe qui s'abat chaque année sur plus de 100 millions de personnes à travers le monde, dont 3 millions de Français (2).

Selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^{ème} édition (DSM-5) (3), les troubles dépressifs sont multiples. Leur point commun réside dans la présence systématique d'une humeur triste associée à des modifications cognitives et somatiques. Le fonctionnement quotidien de l'individu est alors grandement perturbé.

Nous nous intéressons ici aux formes chroniques de la maladie comme le trouble dépressif persistant ou récurrent.

1.1. Critères diagnostiques

1.1.1. L'épisode dépressif caractérisé (EDC)

Ainsi, selon le DSM-5, nous retrouvons lors d'un EDC :

L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ	
Durée minimale	15 jours
Symptômes essentiels	<ol style="list-style-type: none">1. Humeur dépressive2. Perte d'intérêt ou de plaisir <p><i>L'un des deux doit être présent toute la journée, presque tous les jours.</i></p>
Symptômes associés	<p><i>4 symptômes, au moins, doivent être présents :</i></p> <ol style="list-style-type: none">3. Perte ou gain de poids significatif4. Insomnie ou hypersomnie5. Agitation ou ralentissement psychomoteur6. Fatigue ou perte d'énergie7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée pouvant être délirante8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se donner la mort.

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5

Ces symptômes ne doivent pas être présentés dans le cadre d'une prise de substance, d'un trouble schizophrénique, d'une bipolarité ou d'une pathologie somatique.

1.1.2. Le trouble dépressif persistant

Dans le DSM-5, la dépression persistante réunit désormais le trouble dépressif majeur chronique et le trouble dysthymique décrits précédemment dans le DSM-IV.

Les critères diagnostiques sont les suivants :

TROUBLE DEPRESSIF PERSISTANT CHEZ L'ADULTE	
Durée :	Au moins deux ans
Symptôme essentiel	1. Humeur dépressive <i>Plus d'un jour sur deux, observée par la personne ou son entourage, pendant au moins deux ans.</i>
Symptômes associés	2. Perte d'appétit ou hyperphagie 3. Insomnie ou hypersomnie 4. Baisse d'énergie ou fatigue 5. Faible estime de soi 6. Difficultés de concentration ou à prendre des décisions 7. Sentiments de perte d'espoir <i>Le patient doit présenter au moins deux symptômes parmi ceux cités ci-dessus.</i>

Tableau 2 : Critères diagnostiques du trouble dépressif persistant selon le DSM-5

Il est également précisé que :

- Le patient ne connaît jamais de période excédant deux mois consécutifs sans présenter de symptômes. Nous parlerons dans ce cas d'un trouble dépressif récurrent.
- Les critères diagnostiques de l'EDC peuvent être présents d'une manière continue pendant deux ans.

Le trouble dépressif persistant est donc un trouble de l'humeur chronique qui par ses caractéristiques est souvent plus invalidant qu'un EDC isolé (4).

Nous parlerons de dépression chronique pour évoquer à la fois de dépression persistante et la dépression récurrente. Nous nous intéressons désormais aux différents parcours de soins et traitements possibles des patients dépressifs chroniques.

1.2. Le parcours de soins

Selon S. Monroe et K.L. Harkness un épisode dépressif caractérisé reste isolé dans la moitié des cas. Mais une récurrence est constatée dans les deux à trois ans pour 35% des patients. L'évolution chronique concerne les 15% de cas restants (5). Malheureusement, le

risque de chronicisation et de patients suicidants est également majoré par un diagnostic non établi ou tardif (6).

Le patient atteint de dépression chronique peut alors être pris en soins dans différentes structures.

Sur 100 patients hospitalisés pour dépression, 13 d'entre eux ont déjà été hospitalisés pour ce même motif durant les deux années précédentes (7). L'hospitalisation complète peut donc être un recours. Elle doit être envisagée lorsque les idées suicidaires surviennent ou persistent, que la souffrance devient trop envahissante, que le patient n'a plus la capacité de prendre soin de lui ou que l'entourage ne peut prendre le relai. Elle est parfois nécessaire quand plusieurs thérapeutiques ont échoué et que le pronostic de la maladie n'évolue pas de manière favorable. Dans ce contexte, le patient hospitalisé bénéficie d'un suivi et d'un accompagnement pluriprofessionnels quotidiens. Il peut notamment participer à des activités de groupe et rencontrer des professionnels comme le psychomotricien et l'ergothérapeute.

Hors situation d'urgence, un suivi ambulatoire peut être proposé. Cette alternative à l'hospitalisation complète peut prendre la forme d'une prise en charge en Hôpital de Jour (HDJ) ou en Centre d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiels (CATTP) où le patient est accompagné par une équipe pluriprofessionnelle. Plusieurs types d'activités individuelles ou en groupes y sont proposées.

1.3. Les moyens thérapeutiques

L'évaluation de l'intensité et de la gravité de l'épisode dépressif s'établit au regard du nombre de symptômes et s'appuie principalement sur le jugement du clinicien (8). Afin de quantifier le degré de sévérité et d'assurer le suivi du patient, il existe des outils standardisés. Les échelles d'autoévaluation à l'instar du Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) sont complétées par le patient lui-même. Les échelles d'hétéroévaluation sont quant à elles complétées par les soignants (l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) ou l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS)).

Les stratégies thérapeutiques choisies ont alors pour objectif de « diminuer la morbidité et la mortalité (prévention du suicide) des complications évolutives ». Le choix de la pharmacothérapie dans la dépression doit intégrer plusieurs critères. Il est notamment nécessaire de tenir compte de la sévérité de l'épisode, des antécédents du patient, de l'histoire de la maladie, les prises en soins antérieures, l'environnement familial, l'isolement et le contexte économique et professionnel. Enfin, les effets de la molécule prescrite (sédative, neutre ou stimulante) et les possibles contre-indications sont autant de facteurs à ne pas négliger (9).

1.3.1. Pharmacothérapie

Le traitement de la dépression repose principalement sur l'utilisation d'antidépresseurs. Ces derniers se classent en 5 catégories (10) :

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (neurotransmetteur impliqué dans l'humeur, associé à la douleur, l'apathie, la fatigue ou encore au sommeil)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase sélectifs et non sélectifs
- Les tricycliques
- Les « autres » antidépresseurs.

Dans le Vidal, il est précisé que dans le cas d'une dépression récurrente la Sertraline et la Venlafaxine bénéficient d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) (11).

Les anti-dépresseurs sont régulièrement associés à des traitements symptomatiques (anxiolytiques et / ou hypnotiques) ou à des thymorégulateurs.

La pharmacothérapie est souvent combinée à une ou plusieurs thérapies non médicamenteuses (12).

1.3.2. Les thérapies non médicamenteuses

Les thérapies complémentaires ou « non médicamenteuses validées » (13) sont des techniques de soins, des approches environnementales et humaines, exploitées par une équipe pluriprofessionnelle. Leur objectif est de traiter ou de soulager certains symptômes. Ainsi, elles contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des patients. Associées aux antidépresseurs, elles se révèlent efficaces dans les dépressions, notamment d'intensité sévère. Elles participent également à prévenir les rechutes et les récurrences (14). Nous allons désormais brièvement évoquer les principales thérapies complémentaires. Dans le cadre de notre étude, nous nous concentrerons davantage sur l'utilisation de l'activité physique comme moyen thérapeutique.

1.3.2.1. La psychothérapie

La psychothérapie repose sur la création d'une relation d'aide entre le thérapeute et le patient. Il en existe différents types qui permettent de connaître et de comprendre les multiples mécanismes intrinsèques et extrinsèques à l'origine de la souffrance psychique. Les psychothérapies cognitivo-comportementales, interpersonnelles ou systémiques sont jugées efficaces dans le traitement de la dépression (15).

Une thérapie cognitivo-comportementale peut d'ailleurs optimiser la stratégie de prévention dans le cadre de la dépression récurrente lorsqu'elle est associée à une prise d'antidépresseur (11).

1.3.2.2. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (16).

Les programmes d'ETP sont animés par une équipe pluridisciplinaire et sont généralement dispensés en groupe. La prise en charge est globale, toujours dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie des patients et de prévenir les rechutes.

Une étude menée par Schimazu et al. a notamment démontré l'efficacité d'un programme d'accompagnement des aidants afin de réduire le risque de rechute comparée à une prise en charge habituelle (17).

Les programmes d'ETP du patient ou de son entourage, en complément d'autres démarches thérapeutiques, semblent améliorer l'adhésion aux traitements. Ils contribuent également à la diminution des manifestations de la dépression (18) (19).

1.3.2.3. L'activité physique

L'AP se définit comme « tout mouvement produit par la contraction des muscles squelettiques et dont le résultat est une augmentation substantielle de la dépense énergétique par rapport à la dépense de repos » (20).

Les effets de l'AP sur le plan somatique ne sont plus à prouver. Elle agit et améliore les fonctions dans plusieurs domaines comme l'hypertension artérielle, le fonctionnement musculaire et articulaire, la réduction du risque de mort prématurée lié aux maladies cardiovasculaires, pour ne citer que ceux-ci (21).

L'activité physique a de multiples bienfaits sur la dépression (22). Selon G. Nino, elle est fortement recommandée chez les patients atteints de maladies chroniques dont la dépression (23).

Un individu dépressif présente une diminution de la sécrétion de plusieurs neurotransmetteurs comme la sérotonine, la noradrénaline, la dopamine ou encore les endorphines (24). Certaines régions et structures du cerveau, comme l'hippocampe et le gyrus denté, se retrouvent atrophiées. Les effets biochimiques et physiologiques de l'AP ont alors été étudiés. D'abord, l'AP permet une véritable déconnexion (25). L'activité du cortex pré-frontal (région impliquée dans la cognition et la régulation des émotions) est modifiée lors des épisodes dépressifs. Lors d'une AP, celle-ci est abaissée car les ressources nerveuses sont réquisitionnées pour la planification, la motricité ou encore l'équilibre (26). Elle contribue également à des modifications physiologiques, efficaces sur les mécanismes de la dépression. Par exemple, il est noté une augmentation des concentrations plasmatiques d'endorphines. Ces dernières sont notamment impliquées dans la régulation des émotions et la perception de la douleur, bénéfiques sur l'humeur. (27)

Les chercheurs se sont également intéressés aux effets cognitivo-comportementaux de l'AP. La symptomatologie dépressive décrite dans le DSM-5 entraîne un isolement, des ruminations ou encore une baisse significative de l'estime de soi. L'AP a une incidence sur plusieurs perceptions du patient. Sacco et al. identifient une augmentation de la sensation de maîtrise et d'efficacité liée à la pratique d'une AP chez des patients atteints de diabète de type 2 et de dépression (28). Elle permet également une amélioration de l'estime de soi et du concept de soi, concepts essentiels pour s'engager activement dans des activités (29).

1.4. Les conséquences de la dépression

Afin de proposer un accompagnement idoine aux problématiques du patient, il est primordial de reprendre succinctement le tableau clinique de la dépression pour en comprendre les retentissements dans la vie quotidienne.

La dépression se caractérise avant tout par une humeur dépressive. Celle-ci se retrouve sous les traits d'une tristesse dite pathologique et d'une grande douleur morale. Le patient a un regard négatif sur lui-même et une vision du monde pessimiste. Il se dévalorise et une baisse de l'estime de soi est souvent observée. Une anhédonie avec absence de plaisir et d'intérêts pour les activités habituelles est fréquente (30).

Les troubles et plaintes somatiques se retrouvent quasi-systématiquement chez le patient dépressif. L'asthénie, l'hypersomnie ou l'insomnie, l'anorexie ou l'hyperphagie, des troubles de la sexualité ou encore des céphalées ou des polyalgies font partie intégrante du quotidien du patient (30).

Le ralentissement psychomoteur entraîne quant à lui une bradypsychie, une aboulie et des troubles cognitifs comme des difficultés d'attention, de concentration et de mémorisation (31).

La compilation de l'ensemble de ces répercussions engendre alors chez le patient une situation de handicap psychique. Le handicap psychique est reconnu et inscrit dans la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'Égalité des Droits et des Chances, la Participation et la Citoyenneté des Personnes Handicapées (32). Il est défini en ces termes : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Nous changeons dès lors de paradigme. Les professionnels accompagnant les personnes en situation de handicap ne travaillent plus « pour » mais « avec » elles.

Ainsi, selon l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), il est important de prendre en compte cinq domaines de la vie quotidienne du patient atteint afin d'obtenir une vision globale et d'ainsi évaluer la situation de handicap. Les voici :

- La capacité à prendre soin de soi
- La capacité à établir des relations durables
- La capacité à se former et à avoir une vie professionnelle
- La capacité à se maintenir dans un logement
- La capacité à organiser une vie sociale et des loisirs (33).

1.4.1. La réalisation des activités de vie quotidienne (AVQ) particulièrement chamboulée

Le trouble dépressif a de nombreuses conséquences fonctionnelles entraînant des limitations d'activités et une restriction de participation

Les conséquences de l'aboulie et de l'anhédonie se traduisent notamment par un abandon des activités, autrefois plaisantes, signifiantes et significatives. M-C Morel-Bracq reprend la définition donnée par Léontiev et explique que l'activité signifiante correspond aux activités ayant un sens pour la personne. L'activité significative quant à elle a un sens pour l'environnement social (34).

Le quotidien est désinvesti. Les routines sont éludées. Plus rien n'a de sens, ni d'intérêt (35). Effectuer ses soins personnels est énergivore. Se nourrir devient problématique

(anorexie ou hyperphagie). Le sommeil est perturbé. La dépression entraîne alors « une sensation profonde d'impuissance, de désespoir, et souvent impacte les capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne, telles que travailler, étudier, dormir, manger, ainsi que d'autres activités banales » (36).

L'abandon des activités du quotidien, des loisirs au domaine professionnelle, contribue à l'isolement et le repli sur soi des patients.

1.4.2. L'isolement social

L'être humain est un être social. Des contacts qualitatifs et quantitatifs réguliers, dans la communauté, sont nécessaires pour l'équilibre et le bien-être psychique des individus. En effet, les réseaux sociaux (au sens sociologique du terme) sont importants pour la santé mentale car ils nous permettent mobiliser des ressources et nous aide à faire face aux facteurs de stress social (37).

L'isolement social se définit donc comme la qualité et la quantité inadéquates des relations sociales avec d'autres personnes aux niveaux de l'individu, du groupe, de la communauté et de l'environnement social plus large où se déroule l'interaction humaine (38). Le sentiment de solitude et l'existence d'un réseau social appauvri se retrouvent davantage parmi les patients souffrants de troubles psychiques que parmi la population générale (39). Les patients peuvent avoir et ressentir des difficultés spécifiques à établir et maintenir des relations sociales. Leur bien-être et leur qualité de vie sont alors grandement impactés (37).

Chez les personnes dépressives, l'isolement social peut s'installer progressivement. Les interactions sociales se font de plus en plus rares jusqu'à devenir absentes. Les rôles sociaux se trouvent perturbés par la maladie et les patients ne peuvent remplir les fonctions qu'ils se sont attribuées ou qui le sont par l'entourage. Ce dernier, s'il peut être un levier pour l'amélioration de l'état général et de la qualité de vie du patient, peut également s'épuiser. Le sentiment d'impuissance ressenti par les proches peut aboutir à une demande de relai, notamment auprès des institutions.

Selon l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH), la dépression est la deuxième cause d'arrêt de travail en France. L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) nous informe également que le taux de chômage est supérieur chez les patients dépressifs. La dépression est fortement corrélée à un épuisement professionnel et une productivité négative (40).

Le quotidien des patients dépressifs est donc profondément bousculé par la maladie. Des plaintes occupationnelles surviennent car ils ne peuvent assurer la réalisation des activités de vie quotidienne. L'estime de soi chute et la tristesse augmente, alimentant le cercle vicieux du tableau clinique et de ses conséquences.

1.4.3. La participation sociale mise à mal

La réalisation des AVQ contribue à déterminer le niveau de participation sociale de l'individu au sein de ses différents environnements.

C'est en 1998 que P. Fougeyrollas propose une définition de la participation sociale, au travers du Modèle de Développement Humain du Processus du Développement du Handicap. Elle se définit alors comme « une situation qui correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) » (41). Elle englobe alors les rôles sociaux et la place qu'occupe les individus dans la société. Ces éléments, nous l'avons constaté, sont largement entravés par la dépression. G Poirel confirme et ajoute que « la participation sociale ne se limite pas aujourd'hui à l'incapacité (ou la capacité) de la personne à subvenir à ses besoins vitaux. Elle implique un échange réciproque entre l'individu et son environnement » (42).

De plus, la participation sociale est définie dans la profession d'ergothérapeute comme « l'imbrication des occupations pour soutenir l'engagement souhaité dans les activités communautaires et familiales ainsi que celles impliquant des pairs et des amis... et qui soutiennent l'interdépendance sociale » (43). Elle correspond donc à la réalisation des activités de vie quotidienne, des loisirs aux soins personnels, de l'individu. Elle est une réalité complexe, subjective. Ainsi, seul le patient est capable de l'évaluer, d'identifier son niveau de satisfaction en fonction des interactions avec son environnement. Mais comment l'accompagner pour que son niveau d'engagement et son rendement occupationnel soit de nouveau jugé satisfaisant ?

Pour les ergothérapeutes, la santé résulte de la combinaison de plusieurs facteurs intégrant le bien-être physique, mental et social. Cet équilibre entre les différentes composantes de l'être humain et de son milieu, est atteint grâce à l'engagement dans les occupations. L'objectif de l'ergothérapie est donc d'améliorer la participation des patients dépressifs chroniques afin de les aider à maintenir leur rôle et leur place dans leurs différents milieux d'évolution.

2. L'accompagnement en ergothérapie de la personne atteinte de dépression chronique

La symptomatologie dépressive entraîne de nombreux bouleversements dans la vie quotidienne des patients. Les individus souffrant de dépression chronique peuvent donc bénéficier de soins lors d'une hospitalisation complète ou bien d'un suivi en ambulatoire. Quel est alors le rôle de l'ergothérapeute à leur côté ?

2.1. L'ergothérapie en santé mentale

L'ergothérapie est une profession de santé paramédicale réglementée par le Code de la Santé Publique (44). Elle s'inscrit dans une approche et une démarche humaniste. Elle se fonde sur l'élaboration et la pérennisation d'une relation thérapeutique individualisée et personnalisée qui permet l'instauration d'une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique (45).

L'ergothérapeute intervient sur prescription médicale. Il est le spécialiste du lien entre l'activité humaine et la santé. Il s'appuie donc sur l'interaction entre l'individu, l'environnement et l'occupation. Ses missions en santé mentale prennent corps dans l'évaluation des répercussions fonctionnelles de la pathologie dans les différents domaines de la vie quotidienne (professionnel, scolaire, relationnel, AVQ...). Il évalue alors les limitations d'activité et restrictions de participation du patient atteint de handicap psychique et propose un accompagnement en adéquation avec le projet de vie déterminé par l'individu afin que celui-ci s'épanouisse en tant que sujet.

Afin de répondre au projet de soins déterminé par l'équipe pluriprofessionnelle et coconstruit avec le patient, l'ergothérapeute accompagne ce dernier dans la recherche d'activités significatives et significatives afin d'améliorer sa participation et redonner du sens à son existence (46).

2.1.1. Les outils utilisés

Selon S. Meyer, l'activité humaine est définie par la terminologie anglo-saxonne « occupation ». Elle correspond alors à « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société » (47). Elles englobent alors les soins personnels, les activités de productivité et les loisirs. Les moyens thérapeutiques utilisés en ergothérapie s'axent donc autour de ces activités. Cependant, l'ergothérapeute dispose également, lors de ses prises en soins, d'outils complémentaires comme l'entretien individuel ou les mises en situation en milieu écologique.

Quand les retentissements fonctionnels sont observables dans le quotidien du patient dépressif, l'ergothérapeute l'accompagne et l'incite à trouver les ressources nécessaires afin de retrouver une qualité de vie jugée agréable. Il utilise dès lors une approche fondée sur l'occupation et patient-centré.

2.1.2. Le cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique est un élément incontournable en psychiatrie pour établir une relation de confiance et permettre l'expression du patient (48). L'ergothérapeute le détermine alors en amont. Ainsi, il est pensé afin d'être constant, sécurisant, contenant et confidentiel.

Le thérapeute veille à s'adapter et à l'adapter au patient. Ainsi, toute forme de rigidité du cadre – sauf cas extrême – est à éviter auprès du patient dépressif.

Plusieurs modalités, selon les objectifs travaillés, peuvent être proposées. La séance peut être individuelle. Cela permet de travailler entre autres sur les objectifs de décharge émotionnelle. Le groupe, quant à lui, permet d'intervenir sur les habiletés sociales et de développer un sentiment d'appartenance. Il permet également d'améliorer la participation en collectivité et peut permettre d'accroître l'estime de soi. Il peut alors être fermé ou ouvert, selon les besoins spécifiques des patients.

Afin de proposer un plan d'intervention en adéquation avec les problématiques, souhaits et capacités du patient, les ergothérapeutes utilisent des modèles conceptuels. Ces derniers peuvent être généraux ou appliqués. Ils fournissent de nombreux outils (évaluation, vocabulaire...) pertinents pour assoir la pratique ergothérapique. Afin de mesurer l'engagement des patients dépressifs chroniques dans leurs activités, nous avons choisi de vous présenter le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).

2.1.3. Une approche fondée sur l'occupation, patient-centré : le Modèle de l'Occupation Humaine

Le MOH est élaboré à partir des années 1980 par Gary Kielhofner (ergothérapeute). Selon lui, l'être humain est un être d'occupation. L'individu est un être d'action et c'est alors en agissant que l'Homme vit et trouve du sens à son existence. C'est un modèle centré sur la personne et son engagement dans des activités significantes et significatives.

L'occupation correspond à un panel conséquent d'activités. Elle est dynamique et dépendante de l'environnement dans laquelle elle est exercée. La participation à des occupations est donc « le résultat d'un processus dynamique » (49) entre plusieurs concepts que sont : l'Être, l'Agir et le Devenir.

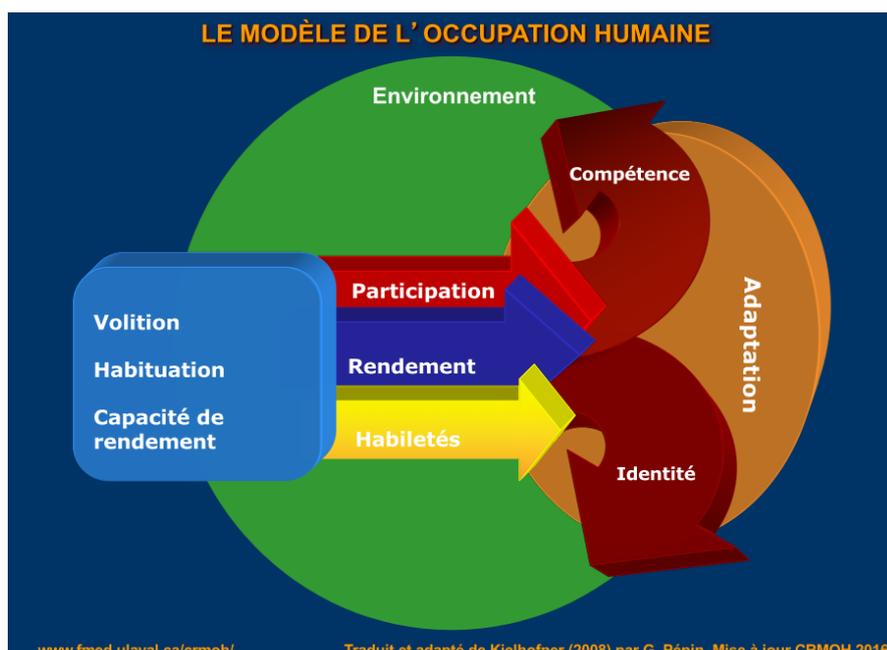


Figure 1 : Schéma explicatif du Modèle de l'Occupation Humaine

L'être humain, ou **l'Être**, se compose donc, selon G. Kielhofner, des trois éléments suivants :

- La **volition** correspond à la motivation à agir sur son environnement et comprend les déterminants individuels comme nos valeurs et nos intérêts. Elle aboutit au choix des activités.
- **L'habituatio**n fait référence aux habitudes de la personne et de ses différents rôles sociaux. Elle structure le quotidien en routine.
- **Les capacités de rendement** font écho à deux composantes. La première est objective et à trait aux systèmes organiques. La deuxième, subjective cette fois, correspond au vécu de la personne.

Toutes les composantes sont dépendantes de **l'environnement** qui se relève être source d'opportunités, de ressources, d'exigences et de demandes. L'environnement est une dimension incontournable dans ce modèle. En effet, l'individu réalise une activité dans un contexte environnement précis, qu'il soit physique ou social.

La dynamique du MOH, ou « l'Agir » décrit trois niveaux d'action :

- La **participation occupationnelle** fait référence à l'engagement dans des activités significatives et significatives.
- La **performance occupationnelle ou le rendement occupationnel** correspondent à la réalisation de l'activité. Ceci englobe l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation.
- Les **habiletés** permettent à la personne d'exécuter les différentes actions engagées vers un objectif. Les habiletés sont motrices, **opératoires**, d'interaction et de communication.

Toutes les expériences vécues lors de nos occupations contribuent à la construction de notre identité et de nos compétences occupationnelles et représentent alors le « **Devenir** ». Ces composantes développent nos capacités d'adaptation à de potentielles et futures occupations (49).

En santé mentale et particulièrement auprès de patients atteints de dépression, nous jugeons pertinente l'utilisation de ce modèle conceptuel. En effet, nous avons constaté les ruptures occupationnelles et les restrictions de participation des patients dépressifs chroniques. La vision dynamique du MOH nous permet de définir le niveau de participation occupationnelle des personnes dépressives et de connaître ainsi les processus d'engagement dans l'activité.

2.1.4. L'activité : un but et un moyen thérapeutiques

En ergothérapie, l'activité est à la fois la finalité et le moyen. Elle est une fin en soi car elle « active les potentialités existentielles de la personne » afin d'atteindre un niveau d'autonomie maximal. Elle est un moyen car toute mise en activité d'un individu est « thérapeutique » (50).

Afin que l'activité exploite son plein potentiel thérapeutique, D. Pierce identifie trois dimensions :

- **Les dimension subjectives** correspondent au plaisir, à la productivité et au ressourcement,
- **Les dimensions contextuelles** font référence à la réalité écologique de l'activité. Il s'agit alors des critères spatiaux, temporeux et socioculturels,
- **Le processus de mise en place de l'activité** repose sur les compétences de l'ergothérapeute à organiser et à collaborer avec le patient autour d'objectifs communs (51).

Les ergothérapeutes interviennent et fondent leur pratique sur une approche motivée par l'occupation et centrée sur la personne. Cela correspond en d'autres termes à la mise en place d'un partenariat et d'une relation de confiance avec le patient. En effet, son implication et son engagement dans le parcours de soins sont des éléments clés pour atteindre les objectifs fixés.

2.1.4.1. L'évaluation

Le thérapeute évalue minutieusement la performance occupationnelle et les habitudes de vie des individus afin de proposer une prise en soins personnalisée, vectrice de motivation. Pour ce faire, il existe de multiples outils exposés dans le Livre Blanc de l'Ergothérapie en Santé Mentale (46).

Nous retrouvons par exemple :

- **L'Échelle Lausannoise d'Auto-Évaluation des Difficultés et des Besoins (ELADEB)** est établie lors d'une démarche d'auto-évaluation par le patient. A partir d'une série de cartes à trier, le profil des freins et des besoins d'accompagnement d'un individu est dressé. Les difficultés psychosociales sont identifiées.
- **Le Model Of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)** est un outil d'évaluation dérivé du MOH. Il permet d'identifier les freins et les leviers d'un sujet dans sa vie occupationnelle et de déterminer son niveau de participation dans les occupations. Il prend la forme d'observations, d'entretiens ou de recueil d'informations pertinentes auprès du patient et de ses proches. Il permet de mesurer les différentes composantes du MOH (être, agir, environnement et devenir)
- **La Mesure des Habitudes de vie (MHAVIE)** est un questionnaire. Il permet de recueillir des éléments concrets sur la réalisation de l'intégralité des habitudes de vie qu'un individu effectue dans ses différents environnements (personnels, professionnels, de loisirs...). Il mesure ainsi la perception de l'individu ayant une déficience ou une incapacité et apporte une évaluation globale du degré de réalisation de la participation sociale (52).

Les outils d'évaluation (échelles, entretiens, questionnaires...) sont incontournables dans la pratique. Avec les informations collectées auprès du patient, de son environnement et de ses proches, il est désormais possible de coconstruire des objectifs et de déterminer un plan d'intervention.

2.1.4.2. Les objectifs de prise en soins

Les objectifs de reprise progressive des activités de vie quotidienne dépendent des priorités, des valeurs et des difficultés du patient. L'intérêt réside dans la recherche de l'équilibre qui permet d'acquérir une meilleure santé somatique et psychique.

L'HAS indique par ailleurs que « les activités thérapeutiques significatives et créatives permettent à la personne de se développer, de se transformer et de trouver sa place dans la société » (50). Les activités sont simultanément des médiatrices de la relation entre le thérapeute et le patient mais également le support privilégié de récupération.

Ainsi, l'ergothérapeute peut proposer au patient dépressif un plan d'intervention pour qu'il retrouve un niveau de fonctionnement satisfaisant, intégrant des activités agréables pour renouer avec cette sensation de plaisir. Nous le savons désormais, la personne dépressive abandonne et désinvestit son quotidien. Débuter une prise en soins en proposant des activités plaisantes apparaît dès lors comme la pierre angulaire pour atteindre les objectifs. L'intérêt retrouvé permet d'accroître progressivement le niveau d'énergie disponible, indispensable à la réalisation de toutes les activités.

2.1.4.3. L'AP, un outil supplémentaire ?

Ainsi, si l'activité en général est à la fois un but et un moyen, en ergothérapie l'AP peut également être considérée de la sorte.

L'activité physique est un but en soi. Des recommandations en termes d'activité et de limitation des comportements sédentaires ont été érigées par l'OMS (53). En effet, il est préconisé pour des adultes âgés de 18 à 64 ans de consacrer au moins 150 à 300 minutes hebdomadairement à une activité d'endurance d'intensité modérée. Cela peut être remplacé par la réalisation d'une activité d'endurance d'intensité élevée pendant 75 à 150 minutes par semaine. Le temps passé assis, semi-allongé ou couché devrait également être limité. Remplacer ces temps-là par la pratique d'activités physiques, même d'intensité faible est corrélée à une meilleure santé. Pour le patient dépressif, l'HAS recommande la pratique d'une activité en endurance et du renforcement musculaire au moins 3 fois par semaine, pendant au moins 12 semaines (22). L'adoption d'un mode de vie actif est une nouvelle fois valorisée.

L'activité physique, par l'adaptation de ses modalités et de ses règles, est également un moyen pour atteindre des objectifs de prise en soins.

Le patient dépressif peut alors se révéler sensible à l'approche intégrant l'AP, soit parce qu'il en pratiquait déjà une soit parce que cette médiation le reconnaît comme acteur de ses soins et de sa citoyenneté. C'est également une démarche qui favorise la rencontre entre un patient et un soignant. En effet, le cadre et donc l'environnement (s'il s'agit d'un gymnase ou d'un lieu extérieur) est original. Il peut être considéré comme plus chaleureux, rassurant et moins stigmatisant.

Par la mise en place d'une AP comme moyen pour atteindre des objectifs, l'ergothérapeute peut proposer des adaptations. Ainsi, il est possible d'augmenter

progressivement la complexité de l'activité. En partant de règles simples qui sont, par la suite, complexifiées, les sentiments de contrôle et de réussite sont favorisés.

3. L'activité physique auprès des personnes atteintes de dépression

Les résultats d'une enquête menée après le premier confinement de Mars 2020 ont mis en exergue plusieurs éléments. Ils confirment de nouveau une forte corrélation entre santé mentale, activité physique et sédentarité. Les auteurs soulignent également une inactivité physique évidente et des comportements sédentaires chez les personnes souffrant de dépression (54).

L'AP, nous l'avons vu au détour de plusieurs études, a de nombreux bénéfices sur la santé physique et mentale et participe à la promotion d'un mode de vie actif. En ce sens, l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé instaure le dispositif intégrant l'activité physique dans le parcours de soin du patient en ALD (55). Il est effectif depuis le 1^{er} mars 2017. Les conditions de dispensation de l'Activité Physique Adaptée (APA) sont décrites dans le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 (56).

3.1. L'activité physique, qu'est-ce que c'est ?

L'activité physique représente l'intégralité des dépenses énergétiques au-dessus du niveau de dépense de repos. Selon l'OMS, elle ne se cantonne pas uniquement à la pratique sportive puisqu'elle comprend dans le contexte quotidien de l'individu et de tous ses environnements :

- Les déplacements (comme la marche et le vélo)
- Les activités professionnelles (rémunérées ou non)
- Les tâches ménagères
- Les activités ludiques
- Les loisirs
- Les sports ou l'exercice planifié (53).

L'activité sportive de loisirs se différencie donc du « sport ». En effet le sport est une discipline codifiée, structurée, bénéficiant d'institutions et de règles extrêmement précises et à des fins de performance et de compétition (57).

3.1.1. Prescription et définition

Selon le décret du 30 décembre 2016, L'APA est prescrite par le médecin. Elle s'adresse aux patients atteints de pathologies incluses dans la liste des ALD (56). La dépression chronique fait partie intégrante de celle-ci dans la catégorie « des affections psychiatriques de longue durée ».

Une APA, c'est alors « 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 » (58). Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé ajoute que les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les kinésithérapeutes, tous professionnels de santé, sont les acteurs essentiels de l'APA

lorsque le patient présente « des limitations fonctionnelles sévères ». Par leurs compétences, ils adaptent l'AP à la pathologie, aux comorbidités, au risque médical et aux capacités résiduelles de l'intéressé.

3.1.2. Les caractéristiques de l'AP

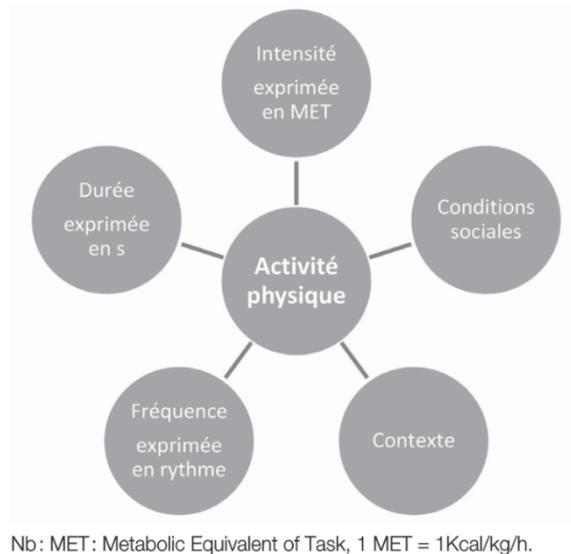


Figure 2 : Les caractéristiques de l'activité physique, selon l'INSERM (2008).

L'AP se définit à l'aide de caractéristiques précises :

- **L'intensité** correspond à l'effort fourni pour réaliser l'AP. Elle s'exprime en Metabolic Equivalent of Task (MET) que nous traduisons par « équivalent métabolique ».
- **La durée** fait référence au temps consacré à l'AP.
- **La fréquence** correspond au nombre de fois par semaine ou par mois où l'AP est effectuée.
- **Le contexte** se réfère au lieu de la pratique (extérieur, intérieur) et au matériel nécessaire ou non.
- **Les conditions sociales** regroupent les modalités groupales et/ou individuelles.

Afin de comprendre davantage ces notions et d'avoir une idée concrète de l'intensité des activités proposées, nous nous appuyons sur le tableau simplifié réalisé par le réseau Oncologie de Franche-Comté (Annexe I). Ainsi, nous constatons qu'une activité physique d'intensité très faible correspond à se doucher ou encore à marcher à 4km/h. Des activités telles que tondre ou encore marcher à 7km/h correspondent à une activité physique d'intensité moyenne. Une activité physique élevée fait écho à un match de handball ou une course à pied.

3.1.3. L'AP, un moyen thérapeutique reconnu dans les troubles dépressifs pour améliorer la participation sociale

L'ergothérapeute est un acteur clairement identifié dans le domaine de l'AP depuis le décret de 2016. I. Marchalot précise donc « qu'une séance d'activité physique, menée par un

ergothérapeute, a pour objectif de favoriser l'engagement optimal de la personne, en lien avec son état de santé » (59).

Afin de mieux comprendre comment l'AP peut être vectrice de participation sociale chez les patients atteints de dépression chronique, nous nous appuyons dans cette sous-partie sur une revue systématique publiée en 2021, intitulée « *Nonpharmacological Treatment for Supporting Social Participation of Adults with Depression* » (60).

Dans l'introduction de cette étude, il est rappelé que pour améliorer la santé mentale et sociale des individus atteints de dépression, ces derniers ont besoin de faire par eux-mêmes et de coopérer avec d'autres personnes, notamment au sein de la société et de la communauté. Étant donné que la participation sociale joue un rôle essentiel dans le rétablissement d'une dépression, les ergothérapeutes devraient offrir des interventions axées sur l'occupation qui soutiennent le développement de relations et de camaraderie avec des pairs, des amis, des partenaires et des animaux de compagnie, qui sont très importants dans la participation sociale. Compte-tenu de l'importance de la participation sociale dans les différentes interventions proposées, les ergothérapeutes ont besoin de mettre à jour leurs connaissances sur les données probantes de recherches actuelles. Ils pourront ainsi mettre en place des activités efficaces afin d'améliorer la participation sociale des patients atteints de dépression¹.

Cette revue systématique s'appuie sur la méthode Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA). Elle se concentre sur les thérapies non médicamenteuses améliorant, selon les critères de l'evidence-based-practice ou pratique fondée sur les preuves de niveaux I et II, le niveau de participation sociale d'adultes souffrant de dépression.

Les moyens thérapeutiques utilisés à l'hôpital et en service de réhabilitation sont inclus. Les recherches se fondent sur la définition de la participation sociale donnée par « l'Occupational Therapy Practice Framework : Domain and Process 4th edition » déjà énoncée dans le corps de ce mémoire (61).

Plusieurs types d'activités apparaissent pertinentes. Ainsi, nous notons la médiation animale, les groupes thérapeutiques ou encore l'AP.

Les études relatives à l'AP, dont celle construite par Nagy et al. mettent en évidence que les programmes d'exercices suivis sont corrélés à une baisse des symptômes dépressifs et une amélioration de la qualité de vie avec un niveau de preuve fort (62). Nous retrouvons alors une réduction significative de la dépression au bout de trois mois de suivi pour ceux qui avaient un score d'humeur dépressive au départ. Les patients qui suivent un programme de marche en extérieur voient également une nette amélioration de leur score de dépression. Le bien-être mental, l'amélioration de l'estime de soi et une baisse significative du stress ressenti sont observés à partir de deux sorties en groupe (63).

Il est précisé que la participation sociale est favorisée par la mise en place d'un environnement physique centré sur l'occupation et adapté à celle-ci. Elle est également facilitée par des retours et échanges avec les patients directs et indirects.

¹ Traduction de la revue systématique intitulée « *Nonpharmacological Treatment for Supporting Social Participation of Adults with Depression* »

De plus, l'importance des programmes favorisant la participation sociale des patients doit être soulignée et intégrée dans la pratique de l'ergothérapie. D'abord pour promouvoir un changement de comportement expressif dans la participation sociale mais aussi afin d'encourager l'estime de soi et un sentiment d'appartenance au groupe.

Enfin, l'AP, par ses caractéristiques et sa diversité, offre un cadre et une médiation pertinente en ergothérapie afin de soutenir des objectifs de prises en soins. Nous nous questionnons désormais quant aux modalités d'intervention des ergothérapeutes en psychiatrie, auprès de patients atteints de dépression chronique.

Problématique

L'état de l'art révèle que la dépression chronique entraîne des limitations d'activité et des restrictions de participation chez les patients atteints. Différents moyens thérapeutiques peuvent être mis en place afin d'atténuer la symptomatologie dépressive et de permettre aux individus de s'engager à nouveau dans leurs activités. L'ergothérapeute compte parmi les professionnels qui interviennent en intra ou en extrahospitalier. Ce dernier dispose alors de compétences et de connaissances fines, d'une approche patient-centrée pour proposer des activités répondant aux objectifs coconstruits avec les patients. Selon plusieurs études, l'activité physique, par ses bénéfices sur la santé physique et mentale, est un outil pertinent. Nous nous interrogeons alors sur les modalités d'intervention des ergothérapeutes et nous posons la problématique suivante :

« Comment l'utilisation de l'activité physique en ergothérapie favorise-t-elle la participation sociale des adultes souffrant d'un trouble dépressif persistant ou récurrent ? »

Nous émettons l'hypothèse que les ergothérapeutes se saisissent de l'AP pour atteindre les objectifs de prise en soins des patients dépressifs chroniques.

Méthodologie

1. Objectif de la méthodologie de recherche

L'objet d'étude de cette enquête est la pratique professionnelle des ergothérapeutes. Nous nous intéressons plus précisément, au travers d'une étude observationnelle, à l'utilisation de l'AP en ergothérapie auprès de patients atteints de dépression chronique. Nous allons donc questionner les ergothérapeutes quant à leurs modalités d'intervention et nous tenterons d'établir ou non un lien entre ce moyen thérapeutique et l'amélioration de la participation sociale des patients dépressifs.

2. Population interrogée

Les sujets interrogés seront ciblés selon les critères suivants :

Critères d'inclusion :

- Ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en santé mentale
- Ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé auprès de patients ou d'usagers souffrants de dépression
- Ergothérapeutes utilisant l'activité physique comme moyen thérapeutique
- Avec ou sans formation complémentaire
- Ergothérapeutes n'utilisant pas l'activité physique

Critères d'exclusion :

- Ergothérapeutes n'exerçant ou n'ayant jamais exercé dans le domaine de la santé mentale
- Ergothérapeutes n'exerçant pas auprès de patients atteints de dépression
- Professionnels autres qu'ergothérapeute

3. Implémentation du protocole de recherche

3.1. Choix de l'outil de recherche

Afin de répondre à la problématique exposée ci-dessus et de vérifier les hypothèses émises, nous avons choisi de construire un questionnaire auto-administré (Annexe II). Par ce biais, nous espérons obtenir les réponses de plusieurs ergothérapeutes utilisant et n'utilisant pas l'activité physique en santé mentale. Les données collectées seront tant qualitatives que quantitatives. Cependant, cette méthode nous permettra de recueillir davantage d'éléments de réponses quantitatifs, plus facilement exploitables pour obtenir une vision globale des pratiques professionnelles.

3.2. Mode de diffusion

De nombreux groupes Facebook réunissent des ergothérapeutes diplômés. Ils nous permettront de diffuser plus largement le questionnaire. Ainsi, nous solliciterons dans un premier temps les ergothérapeutes inscrits sur les pages suivantes :

- « Ergo Psy France »

- « Ergo Psy Belgique »
- « Le coin de l'ergothérapie ».

En fonction des coordonnées obtenues, nous enverrons par mail l'outil de recherche. Ce dernier sera également transmis aux ergothérapeutes rencontrés lors des stages effectués en psychiatrie.

Le questionnaire sera diffusé à compter du 17 avril 2022 et ce jusqu'au 5 mai 2022. Deux relances seront effectuées.

3.3. Construction du questionnaire

La création du questionnaire se fait à l'aide du logiciel « Sphinx », simple d'utilisation pour les sondés et permettant aux auteurs une analyse facilitée des données.

Le questionnaire commencera par une brève présentation, précisant l'objectif de l'enquête ainsi que la problématique. Certains critères d'inclusion seront précisés. Il sera également rappelé que la collecte est anonyme et que les réponses obtenues ne serviront que dans ce cadre.

Nous structurerons l'outil de façon à aller du général au particulier. Nous déclinons par ailleurs plusieurs dimensions que nous détaillerons ci-dessous. La formulation des interrogations sera simple et le vocabulaire adapté. La neutralité sera également respectée. Enfin, il se complètera rapidement. Dix minutes suffiront pour répondre à l'ensemble des questions.

Afin de récolter des données quantitatives et qualitatives, nous aurons recours à des questions fermées (dichotomiques, binaires, numériques, à échelle) ou ouvertes (rédactionnelles, de fait). Les questions à choix multiples seront majoritaires. Elles permettront une collecte plus rapide et un moindre effort de la part de l'interrogé. Une case « autre » sera systématiquement proposée afin d'ajouter ou de préciser un élément. Enfin, des questions filtres renverront à un bloc de réponses en fonction des informations fournies. Cela aura pour but d'aérer le questionnaire mais également de proposer certains items uniquement aux concernés.

Nous recensons alors 40 questions réparties de la sorte :

⇒ Informations générales sur le profil de l'interrogé (questions 1 à 12) :

Profession, genre, âge, année d'obtention du diplôme d'ergothérapeute, années d'expérience en psychiatrie, lieu d'exercice, tranche d'âge des patients, formation complémentaire, autoévaluation du niveau d'activité et du niveau de pratique sportive.

⇒ Connaissances générales sur l'activité physique au travers d'affirmations à confirmer, infirmer ou en ne se prononçant pas (questions 13 à 17) :

- *Nous établissons ici un bref recueil de données relatifs aux représentations et aux connaissances des ergothérapeutes concernant l'activité physique et la santé.*

⇒ Les modalités d'intervention :

- Questions 18 à 21 si l'interrogé répond qu'il n'utilise pas l'activité physique. *L'objectif ici est de déterminer les facteurs limitants l'utilisation de l'AP par les ergothérapeutes.*

- Questions 18 puis de 22 à 39 si l'interrogé répond qu'il utilise l'activité physique. *Le type, la fréquence, la durée, l'intensité, la régularité, les objectifs, les moyens, le lieu, la collaboration seront traités dans cette partie.*
- ⇒ Plusieurs questions ouvertes sont proposées afin de recueillir les éventuelles remarques des ergothérapeutes questionnés.

4. Méthode d'analyse des résultats obtenus

Une fois le questionnaire administré et la période de diffusion achevée, nous procéderons au dépouillement des résultats afin d'exploiter et d'analyser les données collectées.

Nous traiterons alors les réponses quantitatives, obtenues à l'aide de questions fermées, en les illustrant par des tableaux, des histogrammes en barres et de façon rédactionnelle. Les questions à choix multiples seront majoritairement présentées sous forme de tableau que nous jugeons plus claire.

Quant aux données qualitatives, nous tenterons de les catégoriser afin de faire apparaître les occurrences. La catégorie « Autre » sera exploitée sous forme rédactionnelle.

Description des résultats

1. Description de l'échantillon :

La diffusion du questionnaire nous a permis d'obtenir 31 réponses d'ergothérapeutes utilisant ou n'utilisant pas l'activité physique auprès de patients atteints de dépression. Parmi eux, 28 sont des femmes, 3 sont des hommes.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 26-35 ans, puisqu'elle regroupe 16 participants. La classe d'âge des 18 à 25 ans comprend 9 ergothérapeutes. Puis, les 36-50 ans représentent sont au nombre de 5. Enfin, 1 professionnel est âgé de 50 ans ou plus. La majorité des réponses récoltées a été fournie par des ergothérapeutes diplômés en 2016 ou après cette date soit 17 personnes sur 31. 14 participants ont été diplômés avant 2016 (date minimum d'obtention : 1984 – date maximum d'obtention : 2021).

19 des 31 ergothérapeutes ont affirmé être « plutôt d'accord » lorsqu'il s'agit de se qualifier d'actif. 10 ont répondu qu'ils étaient « tout à fait d'accord » et 2 ont indiqué n'être « plutôt pas d'accord ».

Il leur a également été demandé de définir leur niveau de pratique sportive.

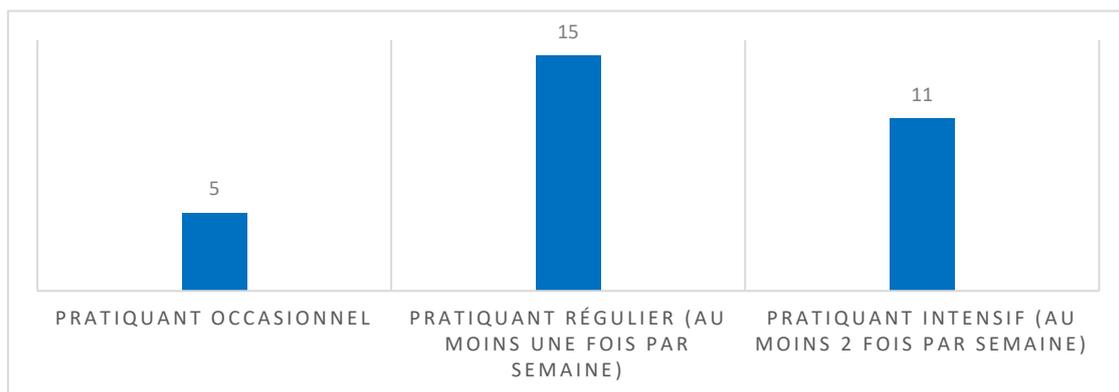


Figure 3 : Répartition des ergothérapeutes selon la fréquence d'activité sportive effectuée

2. Expérience et lieu d'exercice :

Parmi les 31 les ergothérapeutes interrogés, 5 exercent en psychiatrie depuis moins d'un an. 14 travaillent dans ce domaine depuis 1 à 5 ans, 3 professionnels depuis 5 à 10 ans. Enfin, 9 ergothérapeutes ont plus de 10 ans d'expérience en psychiatrie. Les participants exercent dans divers et souvent plusieurs services de psychiatrie dont voici la répartition.

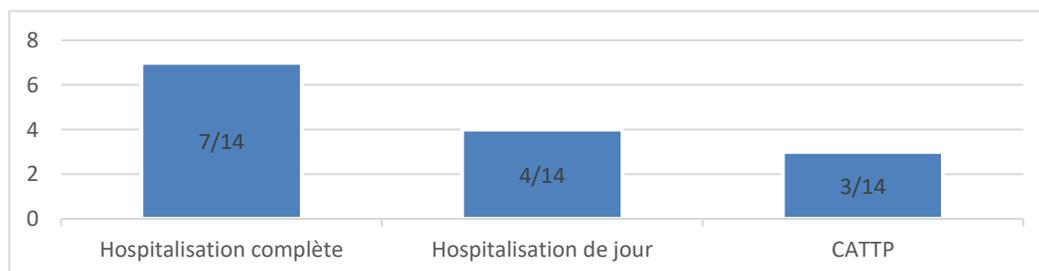


Figure 4 : Répartition des ergothérapeutes exerçant dans un unique service de psychiatrie

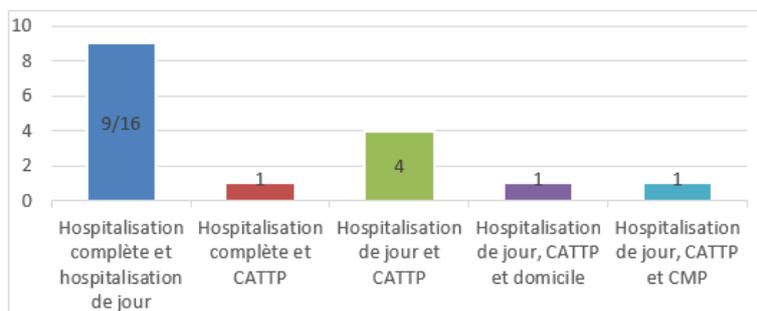


Figure 5 : Répartition des ergothérapeutes exerçant dans plusieurs services de psychiatrie

Un ergothérapeute n'exerce plus en psychiatrie. Il n'a pas précisé son domaine d'intervention.

Ce sont donc dans les services d'hospitalisation complète et de jour que les ergothérapeutes exercent majoritairement.

4 participants sur 31 ont suivi une formation complémentaire liée à la psychiatrie ou à l'activité physique. Voici la liste :

	Effectif	% obs
DU remédiation cognitive	1	25%
DU démarche de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale	1	25%
DU rétablissement en santé mentale, de la précarité à l'inclusion sociale	1	25%
Master Ingénierie et Ergonomie de l'activité physique	1	25%
Total	4	

Tableau 3 : Les formations complémentaires effectuées par les ergothérapeutes

3. Généralités sur l'activité physique :

Tous les ergothérapeutes interrogés ont répondu aux cinq affirmations relatives à l'activité physique.

28 ergothérapeutes ont validé que « les activités de la vie quotidienne sont considérées comme de l'activité physique ». Trois participants ont réfuté cette affirmation. Ces derniers ont respectivement été diplômés en 2008 (2/3) et 2011.

Tous ont confirmé que « l'activité physique a un impact positif sur la santé » et 30/31 ont affirmé que cette dernière a un impact positif sur la santé des patients atteints de troubles de l'humeur. Un ergothérapeute ne s'est pas prononcé à ce sujet.

Puis, 28 ergothérapeutes ont soutenu que l'activité physique permet de rompre l'isolement des patients admis en psychiatrie alors que trois d'entre eux ne se sont pas prononcés.

Enfin, parmi les 31 participants, 30 ont considéré qu'ils pouvaient proposer de l'activité physique aux patients afin de répondre aux objectifs de prise en charge. Un ergothérapeute a préféré ne pas se prononcer.

4. Les modalités d'intervention :

La majorité des ergothérapeutes ayant répondu à cette enquête proposent de l'activité physique lors de leurs séances auprès de patients atteints de dépression.

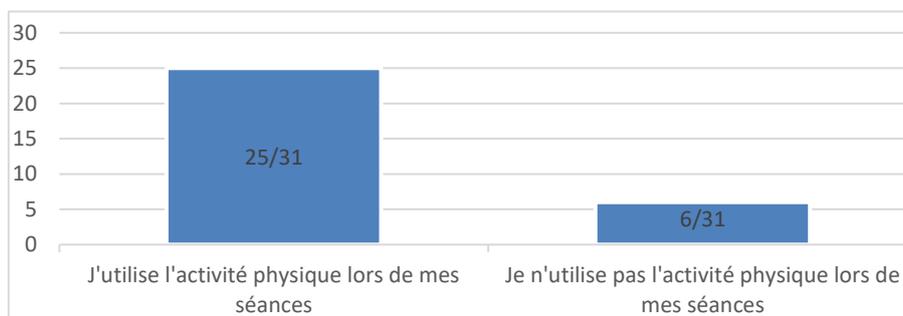


Figure 6 : Répartition des ergothérapeutes utilisant ou n'utilisant pas l'activité physique

4.1. L'activité physique est utilisée comme moyen thérapeutique

4.1.1. Construction d'une séance

Avant de proposer une séquence de séances incluant de l'AP, les ergothérapeutes ont utilisé différents bilans et évaluations. Voici la répartition :

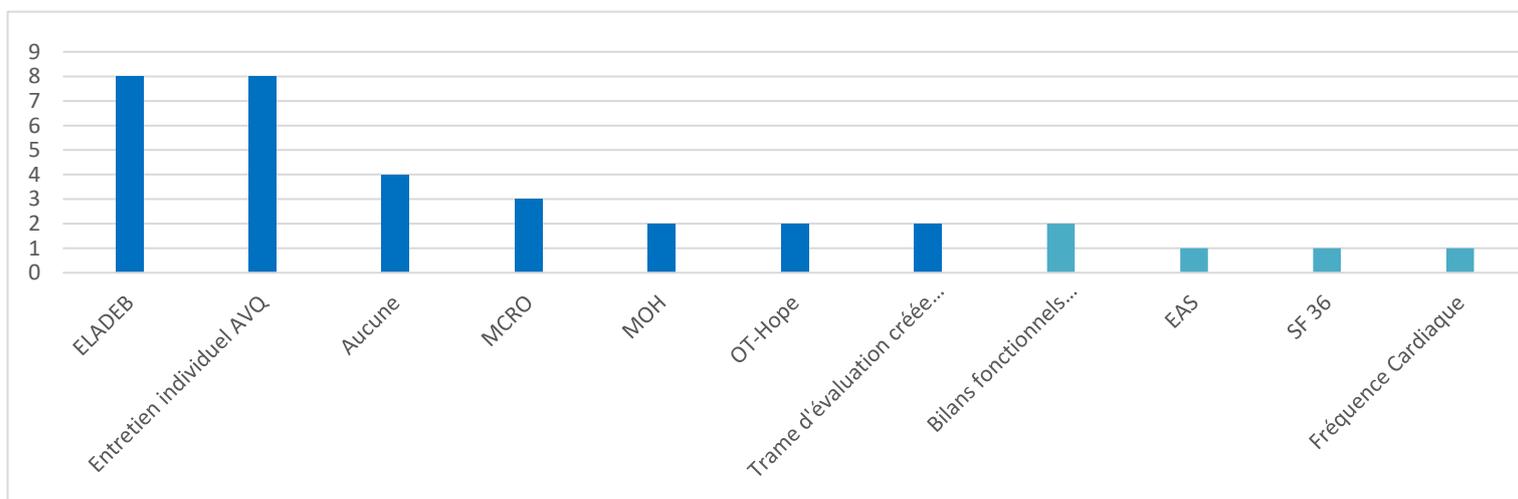


Figure 7 : Les bilans/évaluations utilisés par les ergothérapeutes avant de proposer de l'activité physique en psychiatrie

Abréviations : ELADEB : Échelle Lausannoise d'Auto-Évaluation des Difficultés et des Besoins, AVQ : Activités de Vie Quotidienne, MCRO : Modèle Canadien du Rendement Occupationnel , MOH : Modèle de l'Occupation Humaine, Trame d'évaluation créée par les ergothérapeutes à partir d'outils de modèles conceptuels comme le MOH et le MCRO, EAS : Echelle d'Autonomie Sociale, SF 36 : Medical Outcome Study Short Forme-36.

Les critères d'inclusion des patients dépressifs aux séances intégrant de l'AP sont divers. Si 2/25 ergothérapeutes ont pour habitude d'intégrer ces patients uniquement lorsque l'AP est une activité signifiante, les 23 autres professionnels ajoutent différents motifs :

	Effectifs	% Obs.
Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles	5	21,7%
Demande du patient	16	69,6%
Objectif de reconditionnement à l'effort	12	52,2%
Objectif discuté en équipe pluridisciplinaire	20	87%
Autre	6	26,1%
Total	23	

Tableau 4 : Critères d'inclusion à une séance incluant de l'activité physique

Dans la catégorie « Autre » :

- « Souvent c'est une activité en groupe qui permet donc de travailler de nombreux objectifs (socialisation, communication, respect des autres, des règles, du cadre posé...) »
- « Prescription médicale ». Ce critère a été cité quatre fois.
- « Données scientifiques sur l'AP et la dépression ».

4.1.2. Caractéristiques de l'AP proposée :

Les ergothérapeutes ont répondu à de nombreuses questions relatives aux modalités d'intervention. Ainsi, ils ont précisé le type d'activité, l'intensité, la durée, la fréquence, la régularité et le lieu d'exercice.

Les professionnels ont énuméré de nombreuses activités dont nous pouvons constater ci-dessous la diversité :

	Effectifs
Jardinage	14
Marche	15
Marche lente (spécifiée)	3
Gymnastique	10
Badminton	3
Sports collectifs (football, basketball, handball, volleyball...)	4
Tennis de table	3
Natation	5
Yoga	3
Pétanque	3
Médiation animale (dont équithérapie)	2
Randonnée	3
Boxe	2
Mise en situation	1
Cuisine	2
Jeux de société	3
Danse	3
Total	25

Tableau 5 : Les types d'activité physique proposés

Seul un ergothérapeute a proposé un seul type d'activité. Ce dernier a précisé qu'il était également professeur de yin-yoga.

L'enquête révèle que tous les ergothérapeutes proposant de l'AP ont construit des séances de groupe. 15 d'entre eux n'ont proposé que des séances à plusieurs. 10 ergothérapeutes peuvent animer des séances individuelles et groupales.

	Effectifs	% Obs.
En individuel	10	40%
En groupe	25	100%
Total	25	

Tableau 6 : Répartition des séances en groupe ou en individuel

Les ergothérapeutes ont majoritairement déclaré proposer une AP d'intensité modérée.

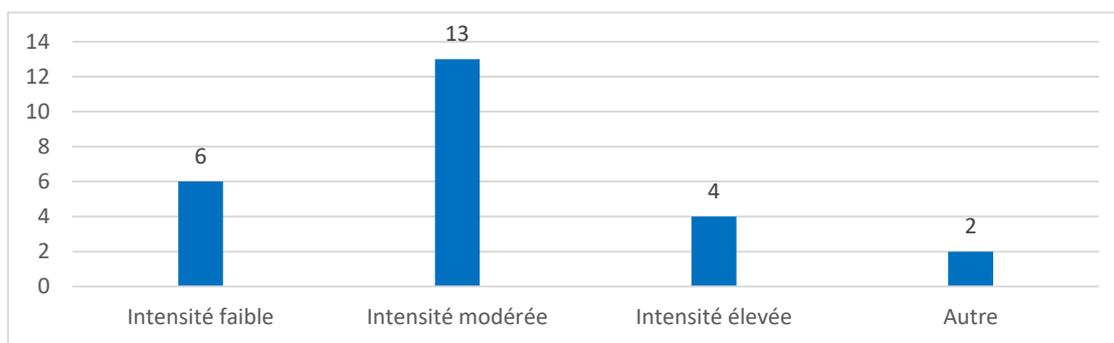


Figure 6 : Niveau d'intensité de l'activité physique proposée en ergothérapie

Dans la catégorie « Autre » :

- « *Cela dépend du patient* » en précision,
- « *L'intensité est faible OU modérée* »

Les 25 participants ont précisé la durée de leurs séances.

	Effectifs	% Obs.
De 0 à 30 minutes	0	0%
De 30 à 45 minutes	7	28%
De 45 à 60 minutes	10	40%
De 60 à 90 minutes	10	40%
Plus de 90 minutes	1	4%
Autre	3	12%
Total	25	

Tableau 7 : Durée moyenne des séances d'activité physique

Les séances durent principalement 45 à 60 minutes et 60 à 90 minutes. Dans la catégorie « Autre », un ergothérapeute a précisé qu'il lui arrivait de partir randonner avec les patients pendant toute une journée. Un participant a souligné que la durée dépendait de l'activité déterminée. Le dernier a apporté un détail : les séances qu'il a proposées comportaient 60 minutes d'activité physique auxquelles s'ajoutaient 30 minutes d'étirements.

Par la suite, il a été demandé aux ergothérapeutes de préciser la fréquence de ces séances.

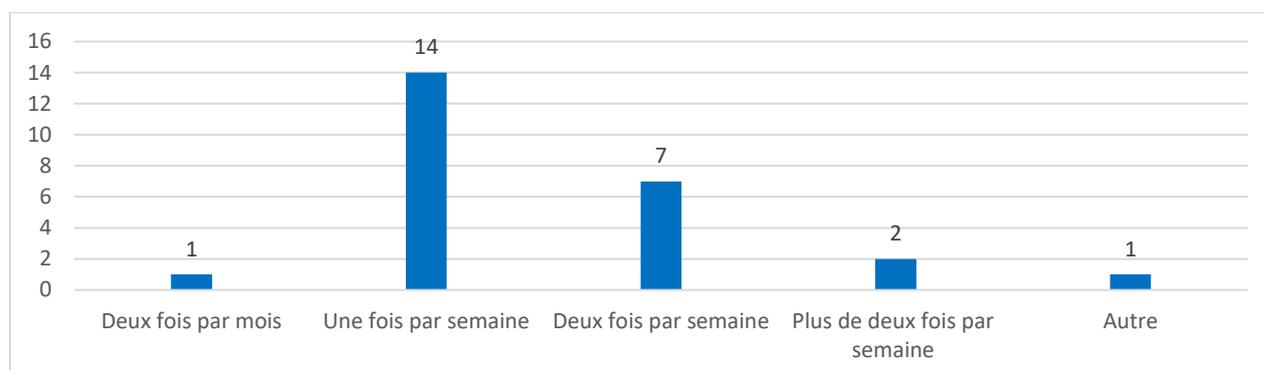


Figure 7 : Fréquence des séances proposées

Nous croisons désormais plusieurs données.

	30 à 45 minutes	45 à 60 minutes	60 à 90 minutes	Plus de 90 minutes	Total
Intensité faible	3	2	0		25
Intensité modérée	4	4	7		
Intensité élevée	0	2	3	1	
Total					

Tableau 8 : Données croisées relatives à durée et à l'intensité de l'AP proposée en séance

	2 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	Plus de 2 fois par semaine	Total
Intensité faible	0	3	2	1	25
Intensité modérée	1	10	2	0	
Intensité élevée	0	0	3	1	
Total					

Tableau 9 : Données croisées relatives à l'intensité et la fréquence de l'AP proposée en séance

Nous constatons de plus que les ergothérapeutes qui ont proposé des séances d'intensité élevée, les ont organisées dans 3 cas sur 4 avec une fréquence de deux fois par semaine. Le dernier les a animées plus de deux fois par semaine.

Dans la catégorie « Autre », nous lisons :

- « Aléatoire en fonction du projet déterminé (revu tous les trimestres) »

Quant à la régularité des séances, 22 ergothérapeutes ont répondu que des créneaux spécifiques et réguliers étaient alloués à la pratique de l'activité physique. Trois ergothérapeutes ont apporté des précisions quant aux facteurs limitants la régularité de la tenue des séances.

	Effectifs	% Obs.
Disponibilité du patient	1	33,3%
La météo pour les activités en extérieur	3	100%
Salle non disponible ou utilisée à d'autres fins	1	33,3%
Manque de moyens humains (collègue absent...)	2	66,7%
Autre	2	66,7%
Total	3	

Tableau 10 : Facteurs limitants la tenue régulière des séances d'activité physique

Dans la catégorie « Autre » nous relevons :

- « Répartition des ateliers sur la semaine en fonction des jours de présence des différents intervenants »
- « Manque de moyens matériels (voiture du service) ».

Les lieux où les ergothérapeutes ont animé une séance d'activité physique sont multiples. Les activités sont majoritairement proposées en extérieur :

	Effectifs	% Obs.
Gymnase de la structure	9	36%
Salle d'animation de la structure	10	40%
Salle d'ergothérapie	7	28%
Salle de kinésithérapie	0	0%
Jardin, cour ou espace extérieur appartenant à la structure	19	76%
A l'extérieur de la structure (en ville, en forêt...)	20	80%
Autre	5	20%
Total	25	

Tableau 11 : Lieux où se déroulent les séances d'activité physique

Dans la case « Autre » nous lisons :

- « Qu'il pleuve ou qu'il vente nous avons tout l'équipement nécessaire »
- « Gymnase de la ville mis à disposition par la mairie »
- « Nous favorisons les espaces éloignés des pavillons de soins »
- « Partenariat avec la mairie et les associations »
- « Centre équestre ».

Enfin, les ergothérapeutes ont abordé la question de la collaboration professionnelle. Ils sont 23 sur 25 à coanimer des séances avec différentes partenaires.

	Effectifs	% Obs.
Kinésithérapeute	1	4,3%
Enseignant d'Activité Physique Adaptée	9	39,1%
Aide-Soignant	4	17,4%
Infirmier	13	56,5%
Psychomotricien	9	39,1%
Ergothérapeute	6	26,1%
Médecin	6	26,1%
Orthophoniste	0	0%
Psychologue	0	0%
Neuropsychologue	1	4,3%
Educateur Sportif	4	17,4%
Un professionnel d'une fédération sportive, d'un club de sport local	4	17,4%
Autre	4	17,4%
Total	23	

Tableau 12 : Collaboration entre l'ergothérapeute et les professionnels autour de l'activité physique

Nous constatons que les participants ont principalement pour habitude de travailler en collaboration avec l'infirmier, l'enseignant d'activité physique adaptée et le psychomotricien. L'ouverture sur le monde extérieur est visible. Ainsi, à 4 reprises, un éducateur sportif ou un professionnel d'une fédération sportive intervient.

Deux ergothérapeutes ne coaniment jamais de séance. L'un propose uniquement de la marche, l'autre propose un sport auquel il s'est formé : le yin-yoga.

Dans la catégorie « Autre » nous découvrons :

- « L'éducateur spécialisé »
- « Le TISF » (*Technicien de l'intervention Sociale et Familiale*)
- « L'éducateur »
- « L'animatrice ».

4.2. Les objectifs et moyens d'évaluation

Généralement, les motivations des thérapeutes pour proposer des séances de groupe sont relativement homogènes. Les voici :

	Effectifs	% Obs.
Pour favoriser le sentiment d'appartenance à un groupe	19	76%
Pour accroître la motivation	21	84%
Pour rompre l'isolement	20	80%
Pour favoriser le sentiment de sécurité au sein d'un groupe	8	32%
Pour favoriser les interactions sociales	23	92%
Afin de travailler les habiletés sociales	18	72%
Autre	6	24%
Total	25	

Tableau 13 : Motifs d'inclusion dans une activité de groupe

Dans la catégorie « Autre » les professionnels ont ajouté :

- « *Le respect des règles en collectivité* »
- « *Le Activités se faisant en groupe* »
- « *La gestion stress / émotion. Réappropriation du corps dans les trauma* »
- « *Apprendre à respecter les règles de vie en collectivité, la place de chacun* »
- « *Évaluer et améliorer les fonctions exécutives lors des avq à l'extérieur* »
- « *Tout simplement car nous présentons des sports collectifs* ».

Par la suite, les bienfaits et méfaits de l'AP au niveau individuel ont été évalués par les ergothérapeutes à l'aide d'une échelle. Ils devaient noter de 0 (pas d'effet) à 10 (effet positif maximum) les conséquences de l'AP sur différents objectifs fixés, relatifs à la symptomatologie dépressive. Nous obtenons alors :

	Moyenne	Ecart-type	Effectif
L'aboulie	8,16	1,57	25
L'empowerment	7,84	2,39	25
L'estime de soi	9,16	1,46	25
La participation sociale	8,92	1,66	25
La persistance de l'idéation dépressive...	7,04	2,23	25
Troubles du sommeil	7,88	1,27	25
Bien-être mental	9,04	1,06	25
Bien-être physique	9,08	1	25
Engagement occupationnel	8,68	1,99	25
Engagement dans le parcours de soins	8,56	2,26	25
L'asthénie	8,04	1,27	25
L'anxiété	8,88	1,67	25
Le pessimisme	6,2	2,25	25
Total	8,27	1,92	325

Tableau 14 : Moyenne et écart-type des effets de 0 (aucun) à 10 (effets bénéfiques maximaux) sur différents objectifs de prise en soins

Il apparaît que les ergothérapeutes constatent des effets positifs de l'AP sur l'estime de soi, le bien-être mental et physique et sur la participation sociale des patients atteints de dépression.

Nous croisons les données quant aux modalités d'intervention et les effets sur la participation sociale. Nous constatons que parmi les 25 ergothérapeutes, 3 ont attribué un score de 5/10 aux effets de l'AP sur la participation sociale. Il s'avère qu'ils ont tous animé des séances d'activité au moyen d'un sport individuel comme le yin-yoga ou la marche. A contrario, les ergothérapeutes qui ont évalué un impact positif maximal (max : 10) ont notamment cité comme type d'activité « les jeux collectifs ».

Afin d'évaluer les effets, l'intégralité des ergothérapeutes sondés ont élaboré un suivi à partir des observations cliniques réalisées à chaque fin de séance. Trois participants ont précisé qu'un retour oral régulier des patients faisait partie intégrante de la démarche d'évaluation. Les échanges entre patients ont également été mis en lumière.

Les professionnels exploitant des bilans formalisés intermédiaires et finaux utilisent les mêmes outils que lors des bilans initiaux. Les bilans intermédiaires et finaux ont communément repris la démarche et les outils des bilans initiaux. Les ergothérapeutes ont, là-aussi, rapporté que des entretiens réguliers avec le patient permettaient de suivre la progression et d'ajuster les objectifs de prise en soins.

5. Etude secondaire : les ergothérapeutes ne proposant pas de séance incluant de l'AP

Les 6 ergothérapeutes qui ne proposent pas d'AP sont des femmes. Elles ont été diplômées en 2000, 2013, 2018, 2020 (x2) et 2021.

Nous notons que 4/6 des ergothérapeutes exercent en psychiatrie depuis 1 à 5 ans, 1 a moins d'un an d'expérience. La dernière exerce depuis plus de 10 ans.

Elles exercent dans divers services de psychiatrie dont voici la répartition :

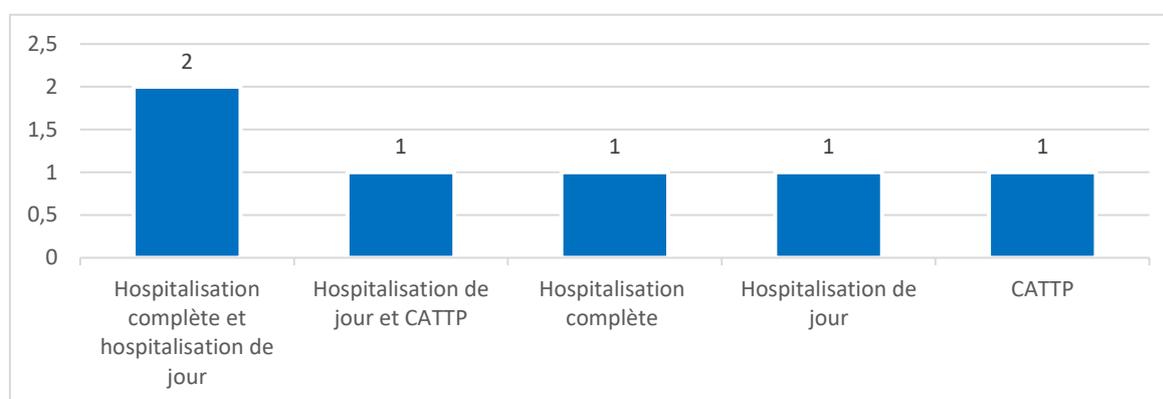


Figure 8 : Répartition des ergothérapeutes ne proposant pas d'AP dans les services de psychiatrie

Elles évaluent leur niveau d'activité au quotidien et leur pratique sportive de la sorte :

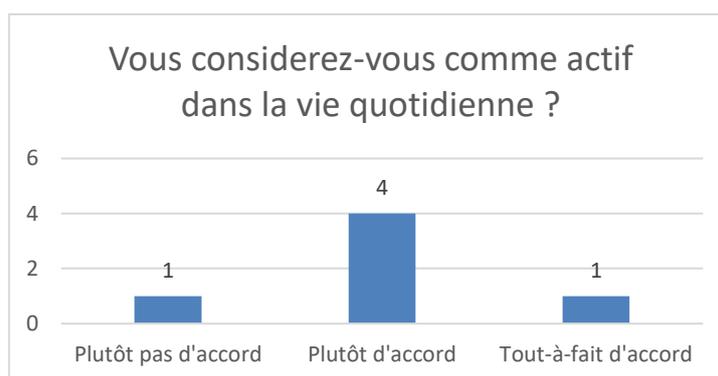


Figure 9 : Auto-évaluation du niveau d'activité quotidienne des ergothérapeutes ne proposant pas d'AP

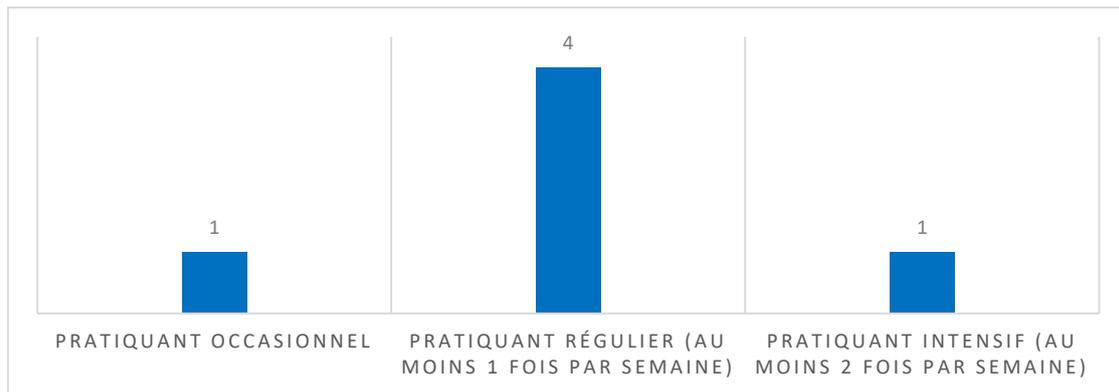


Figure 10 : Auto-évaluation du niveau d'activité physique des ergothérapeutes ne proposant pas d'AP

Nous constatons que l'ergothérapeute qui ne se définit pas comme active au quotidien pratique occasionnellement une activité sportive et que celle qui se considère comme « tout-à-fait active » a une pratique sportive intensive. Les 4 ergothérapeutes qui se définissent comme plutôt actives pratiquent régulièrement du sport.

Les 6 ergothérapeutes ayant indiqué qu'elles n'utilisaient pas l'AP ont cependant admis que l'AP avait des bienfaits sur la santé. 5 sur les 6 ont pensé qu'elle avait un impact positif sur les troubles de l'humeur et les mêmes 5 ont coché « vrai » quant à la possibilité de proposer de l'AP en tant qu'ergothérapeute. L'ergothérapeute restante ne s'est pas prononcé au sujet de ces deux items. Seule une ergothérapeute sur les 6 a suivi une formation complémentaire (*DU : rétablissement en santé mentale, de la précarité à l'inclusion sociale*).

Les professionnels qui ne l'utilisent pas évoquent différentes raisons, parmi ces dernières nous retrouvons :

	Effectifs	% Obs.
Cela n'appartient pas à mon domaine de compétences	2	33,3%
D'autres professionnels l'utilisent déjà (Kinésithérapeutes, EAPA...)	5	83,3%
Les facteurs limitants sont d'ordre matériel (pas de salle disponible, pas d'outil...)	0	0%
Cette pratique n'apparaît pas comme signifiante aux yeux des patients	0	0%
Je n'affectionne pas l'activité physique	1	16,7%
Je n'ai personne avec qui co-animer ces séances	0	0%
Autre	2	33,3%
Total	6	

Tableau 15 : Motifs de non-utilisation de l'activité physique en ergothérapie

L'ergothérapeute qui n'affectionne pas l'activité physique s'est pourtant définie comme « plutôt active » et ayant une pratique sportive régulière.

Dans la catégorie « Autre », nous lisons :

- « *Je suis en co-thérapie avec une psychomotricienne, c'est plutôt elle qui mène ces activités* »
- « *La direction refuse systématiquement que j'anime des séances d'AP. Seule la psychomotricienne s'en charge* ».

Par la suite, il a été demandé à ces 6 ergothérapeutes si elles envisageaient d'utiliser l'activité comme moyen thérapeutique. 3 ont indiqué que cela dépendait des conditions d'exercice et des besoins exprimés par le patient. 2 l'ont envisagée comme moyen

thérapeutique. Parmi ces deux participantes, l'une a indiqué qu'elle disposait d'un service Sport Santé dans sa structure. Enfin, 1 ergothérapeute a précisé qu'elle ne comptait pas utiliser l'AP. Elle a ajouté qu'elle ne jugeait pas la formation d'ergothérapeute suffisante et n'a pas suivi de formation complémentaire en lien avec l'ergothérapie, la santé mentale et l'activité physique.

Enfin, les ergothérapeutes ont pu ajouter une ou plusieurs remarques, que voici :

- *« Je dispose d'un service sport santé au sein de mon hôpital où j'y accompagne les patients dès appétence pour ce domaine ou besoin thérapeutique. Si l'autonomie ou besoin de réassurance au départ j'accompagne sur les premières séances. A savoir ce service est composé d'infirmier et aide-soignant et est financé par l'ars de la région, l'hôpital met à disposition les professionnels. J'ai une collègue ergo (a qui j'ai transféré ce questionnaire par mail pro) qui réalise au sein de ce service des groupes de Qi Gong car elle en fait perso puis s'est formée. »*
- *« Bien-sûr, l'activité physique est une occupation et peut être une occupation signifiante pour les patients. Cependant de mon point de vue, nous sommes insuffisamment formées à utiliser le corps comme médiation surtout en psy. Pour moi, en santé mentale, c'est le domaine des psychomotriciens et en santé physique, le domaine des kinés. Par contre, nous pouvons accompagner la reprise ou le maintien de l'activité physique en aidant à l'inscrire dans la routine, à trouver un environnement physique, social et occupationnel pour la pratiquer, en travaillant sur les habiletés opératoires (planification, organisation, etc etc). Je trouve votre sujet intéressant. Merci. »*
- *« J'aimerais que ça soit un domaine où je puisse intervenir. Les bienfaits sur la santé en générale sont incontestables »*

Discussion

L'objet d'étude de cette recherche était de déterminer si les ergothérapeutes s'étaient saisis de l'activité physique comme moyen thérapeutique et d'observer, le cas échéant, les modalités d'action pour que l'AP soit un vecteur d'amélioration de la participation sociale chez les sujets atteints de dépression. Les résultats obtenus tendent à prouver que l'AP est un moyen thérapeutique utilisé par les ergothérapeutes. Certaines tendances se dégagent et nous permettent de vérifier l'hypothèse de départ.

Hypothèse : L'ergothérapeute utilise l'activité physique auprès de patients atteints de dépression.

Dans la revue systématique étudiée dans la première partie de ce mémoire, nous avons constaté que l'AP était un moyen utilisé en ergothérapie afin d'améliorer la participation sociale et de réduire la symptomatologie dépressive (60). Comment les ergothérapeutes interrogés ont-ils appréhendé son utilisation ?

1. L'AP, une activité utilisée par les ergothérapeutes interrogés

Sur les 31 ergothérapeutes interrogés, 30 estiment qu'ils peuvent proposer des séances incluant de l'AP. Tous admettent qu'elle a des bienfaits sur la santé et 30 confirment ses effets positifs sur la santé des personnes atteintes de troubles de l'humeur. Par la suite, nous apprenons cependant que 25 ergothérapeutes sur 31 proposent concrètement des séances incluant de l'AP. Parmi eux, trois ont suivi une formation complémentaire. L'un d'entre eux possède un master spécifique en Activité Physique Adaptée. Ce moyen thérapeutique semble dès lors intégrer le panel d'outils utilisés par les ergothérapeutes pour répondre aux objectifs de prises en soin.

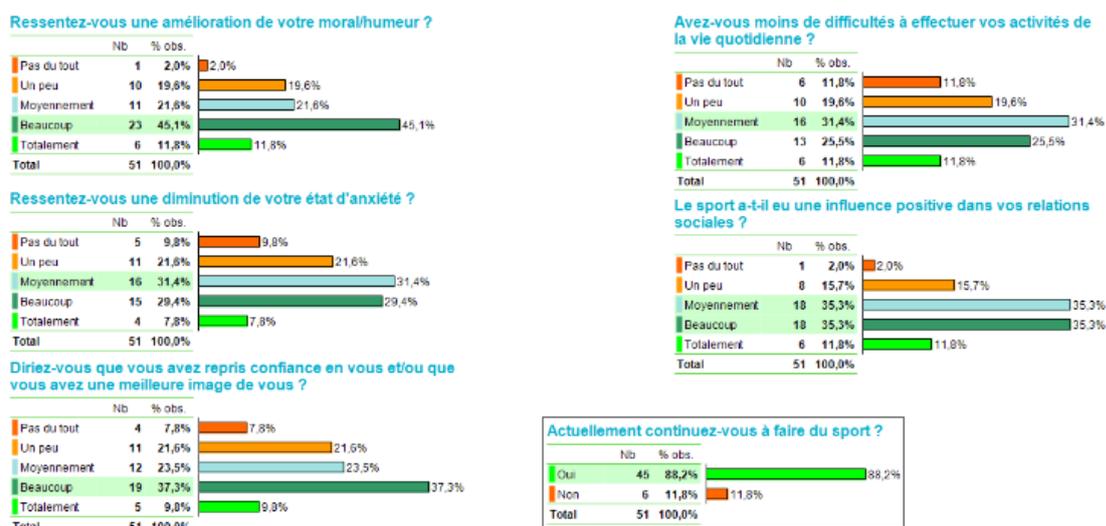
L'AP permet donc de répondre au cadre légal édicté par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute où nous retrouvons notamment la compétence n°3 (*"Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie"*). Il est spécifié que l'ergothérapeute doit "identifier les facteurs et mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité et l'amélioration de leur autonomie". L'article D.1172-2 qui fixe les intervenants pouvant dispenser de l'AP, appuie-lui aussi sur l'importance d'une évaluation initiale de la situation globale du patient. Pour ce faire, les ergothérapeutes interrogés mettent en place une démarche d'évaluation patient-centrée afin de proposer des activités physiques correspondant au projet de vie de ce dernier. En effet, dans les réponses obtenues, il apparaît que les habitudes de vie, les objectifs du patient et sa motivation sont au cœur de la démarche. Les ergothérapeutes utilisent alors des outils comme l'ELADEB ou encore des entretiens individuels relatifs aux AVQ avant de proposer des séances incluant de l'AP. Les outils issus de modèles conceptuels purement ergothérapeutiques ne sont pas majoritairement cités mais tendent à se répandre. S'ils ne sont utilisés dans leur entièreté que par une poignée d'ergothérapeutes, ils apparaissent régulièrement dans les trames d'évaluations et de bilans non normés, construites par les professionnels eux-mêmes.

Il apparaît, de plus, que les objectifs de prise en soin sont majoritairement discutés en équipe pluridisciplinaire. En effet, 2 ergothérapeutes proposent de l'AP avec comme unique

critère que celle-ci soit une activité signifiante du patient. Les 22 professionnels restants expliquent que les critères d'inclusion sont d'abord discutés et déterminés par l'ensemble de l'équipe soignante. La demande du patient reste cependant une composante majoritaire et déterminante. Comme le précisent A. Bolcato, C. Combiér et M. Borel dans leur article intitulé "Activité physique adaptée et ergothérapie au service de l'accompagnement de la personne boulimique", les différentes évaluations menées par les professionnels gravitant autour du patient "enrichissent la prise en compte de ses besoins et permettent de planifier une prise en charge plus cohérente et de réajuster lorsque c'est nécessaire" (64).

Enfin, afin de constater l'impact des prises en soin incluant de l'AP, les ergothérapeutes évaluent régulièrement, à l'aide d'observations cliniques systématiques et d'entretiens réguliers avec le patient qu'ils retranscrivent à l'écrit, les effets des activités proposées. Une étude observationnelle menée à Limoges en 2018 par J Gramont et E Charles, au service "Limousin Sport Santé" révèle les bénéfices constatés par les patients eux-mêmes. Voici les résultats :

Etude observationnelle auprès d'un groupe de 51 patients pris en charge à Limousin Sport Santé dans le cadre d'un épisode dépressif (J Gramont, E Charles; 2018)



J Gramont, E Charles (2018)

Figure 11 : Résultats de l'étude menée par J Gramont et E Charles en 2018

Nous remarquons que les ergothérapeutes interrogés dans le cadre de notre étude constatent des effets similaires. L'AP, selon eux, a des effets positifs sur l'estime de soi, le bien-être physique et mental ainsi que sur la participation sociale.

Cependant, les bénéfices constatés ne sont pas évalués avec les outils spécifiques à la mesure de la participation sociale. Par exemple, aucun ergothérapeute sondé n'a évoqué le questionnaire de Mesure des Habitudes de vie. Ce questionnaire, développé pour évaluer différentes dimensions de la participation sociale d'individus en situation de handicap, est fondé sur le modèle du Processus de Production du Handicap (PPH) de P. Fougeyrollas. Dans notre cas, son utilisation aurait permis d'enrichir l'évaluation menée par les ergothérapeutes en mesurant le niveau de réalisation des habitudes de vie qui correspondent aux "activités courantes ou les rôles sociaux valorisés par la personne elle-même ou son contexte

socioculturel selon ses caractéristiques” (41). Seulement 5 professionnels utilisent des modèles conceptuels comme le MOH ou le MCRO. Ces derniers prennent en compte les différentes composantes de l’individu et notamment sa satisfaction vis-à-vis de son rendement occupationnel. Une utilisation accrue de modèles permettrait tout d’abord d’asseoir l’identité professionnelle des ergothérapeutes (utilisation d’un vocabulaire spécifique, harmonisation...) mais également d’appuyer la démarche évaluative holistique de l’individu et de véritablement le considérer comme un « être complexe dont les différentes dimensions s’influencent mutuellement » (65).

2. Ce que proposent les ergothérapeutes

2.1. Des activités en groupe

L’ergothérapeute est en mesure d’organiser des activités collectives « au sein d’un groupe social restreint » afin d’inciter le patient à occuper sa place au sein du groupe. Cela contribue, entre autres, à rompre l’isolement engendré par la dépression. Ainsi, les résultats obtenus montrent que l’intégralité des ergothérapeutes proposent des activités en groupe. L’AP améliore considérablement les relations sociales (66). En ce sens, les thérapeutes utilisent la modalité « en groupe » afin de répondre aux trois objectifs principaux suivants :

- Favoriser les interactions sociales,
- Rompre l’isolement,
- Accroître la motivation.

Ils précisent également que les activités collectives permettent d’améliorer les habilités sociales et participent à mieux appréhender les règles de vie en collectivité. Le transfert des acquis dans la société est un objectif cité. Le cadre de l’activité et ses modalités servent des buts différents. En pratique, elles nous permettent de l’adapter aux spécificités des patients.

2.2. Des activités variées

Les ergothérapeutes ont très largement plébiscité l’activité sportive de loisirs, de la natation à la pétanque. Les activités aérobies sont les plus nombreuses. Les AP de type yoga, Qi Gong, etc. ont des bénéfiques rapportés dans le traitement de l’anxiété et de la dépression (2).

Selon l’étude de Chekroud et al. tous les types d’exercices sont bénéfiques sur la symptomatologie de la dépression (67). Dans la littérature le niveau d’efficacité de l’AP est comparable sur de multiples activités (68). Il est ainsi possible de proposer des activités correspondant aux goûts, envies et loisirs du patient, afin d’accroître la motivation et l’adhésion aux soins.

Les ergothérapeutes sondés ont proposé de nombreuses activités pour réduire les symptômes et favoriser la participation sociale des patients. Parmi les plus citées, la marche arrive en tête. D’après Seppoe et al. la marche modérée serait aussi efficace que les exercices de force et de mobilité (69). Il nous semble important d’utiliser des activités faciles à mettre en place mais surtout simples à reproduire une fois le patient sorti du parcours de

soins. L'adoption et la pérennisation d'un comportement actif sont des objectifs complémentaires, notamment en termes de promotion de l'AP et de la santé.

Nous retrouvons ensuite le jardinage et la gymnastique. Les recommandations américaines reprises par l'INSERM indiquent également que les effets bénéfiques sont observables lorsque nous tondons le gazon ou que nous choisissons de prendre les escaliers. Les jeux et sports collectifs sont également des activités utilisées par les thérapeutes (70).

L'analyse d'activité, compétence cœur de métier, offre des possibilités d'observation multiples. Watson et Wilson expliquent que « l'analyse d'activité permet aux ergothérapeutes de déterminer le potentiel thérapeutique ou la valeur d'une activité et de sélectionner et aménager l'activité pour traiter une incapacité ou une limitation fonctionnelle » (71). L'AP permettrait donc aux ergothérapeutes d'évaluer également des composantes de la vie quotidienne et d'ajuster les objectifs de prises en soin. Par exemple, il sera possible d'évaluer l'habillement pendant une session de natation. Une partie de pétanque mettra, quant à elle, en avant les capacités d'équilibre mais également de planification du patient.

2.3. La durée, l'intensité et la fréquence

Selon l'article D. 1172-4 du Code de la Santé Publique « La prise en charge des patients est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice » (72).

Les participants à notre enquête proposent en majorité, après une évaluation individualisée et une concertation interprofessionnelle, des séances d'une durée oscillant de 45 à 90 minutes (20/25), d'une intensité faible à modérée (19/25), une à deux fois par semaine (20/25). Les créneaux sont fixes dans 22 cas sur 25. La régularité apparaît donc comme un facteur essentiel à la réalisation de ces activités. C'est, de plus, un élément potentialisateur des bénéfices de l'AP selon l'OMS qui recommande 3 à 5 séances par semaine.

Selon une étude de Legrand et Mille, il n'existerait pas d'amélioration significative de la symptomatologie dépressive si les patients ne suivent qu'une séance d'AP par semaine (73). L'étude de Chekroud et al. ajoute que 3 séances hebdomadaires seraient suffisantes pour noter une évolution positive (67). Or, dans notre questionnaire, nous n'interrogeons pas les professionnels quant aux autres séances dans lesquelles les patients s'inscrivent. Excepté dans les 7 cas sur 25 où l'AP est proposée 2 fois par semaine, nous n'avons aucun renseignement supplémentaire. Les patients participent-ils en complément à des séances animées par l'Enseignant d'Activité Physique Adaptée (E-APA), le psychomotricien ou un autre professionnel ? Effectuent-ils du sport seuls, dans leur environnement ? En pratique, il est incontournable de tenir compte de l'intégralité du parcours de soin du patient et de son agencement. La communication et la collaboration entre les différents professionnels restent la pierre angulaire d'une prise en soins cohérente et congruente pour le patient.

Selon la méta-analyse de Schuch, l'AP est efficace sur la symptomatologie dépressive si l'intensité est modérée à élevée (minimum de 55%-65% de la fréquence cardiaque minimale), lors d'exercices aérobies (74). Dans notre enquête, seul un ergothérapeute utilise la mesure de la fréquence cardiaque en début et en fin de séance. La durée de l'exercice trouve son effet maximal lorsqu'elle atteint de 20 à 60 minutes. La supervision par un

professionnel est également un atout dans la réduction des symptômes et donc des conséquences de la maladie dans la vie quotidienne.

Cependant, les recommandations actuelles formulées par l'HAS pour des patients atteints de dépression, indiquent que les séances doivent être pratiquées sur une période de 12 semaines. Selon C. Garé, journaliste pour le quotidien du médecin, la durée annuelle d'hospitalisation moyenne pour troubles dépressifs est en 2011 de 32,8 jours. Ce chiffre grimpe à 34,6 pour les cas les plus sévères. Comme toute moyenne, elle cache de grandes disparités. Par exemple, ¼ des patients ont une durée d'hospitalisation inférieure à 10 jours. Comment, sur des temps si courts, promouvoir les effets bénéfiques de l'AP et impulser une routine plus active ?

Nous aimerions, dans ce contexte, pousser la réflexion et obtenir des réponses aux interrogations suivantes : une séquence incluant de l'AP comptabilise combien de séances ? Au bout de combien de séances les ergothérapeutes constatent-ils des améliorations ?

Sur la nature même des activités, nous nous demandons par exemple : est-ce l'activité « badminton » qui est importante, avec le respect strict des règles du sport, est-ce simplement un moyen pour travailler des objectifs ou l'équilibre subtil entre ces deux dimensions ?

Enfin, il faut garder en tête qu'il est indispensable en tant qu'ergothérapeute, d'adapter les séances en tenant compte de différents paramètres, propres à chaque patient :

- Le contexte de soins
- Les objectifs poursuivis
- Ses capacités
- Ses besoins individuels
- Ses envies et sa motivation
- Ses activités signifiantes et significatives.

2.4. Des séances en collaboration avec différents professionnels

Deux ergothérapeutes sur 25 ne coaniment jamais les séances d'AP. L'un propose une séance axée sur la conscience du corps et la diminution de l'anxiété à travers le yin-yoga. L'autre indique qu'il privilégie les AP de déplacement afin d'améliorer le niveau d'activité du patient et de remplacer les comportements sédentaires.

Nous observons également que la réalisation même de l'activité engendre une collaboration entre différents professionnels. Les ergothérapeutes de notre enquête animent régulièrement des séances avec l'E-APA, l'infirmier et le psychomotricien. La collaboration est « utile » selon B. Dunbar car elle permet de prendre en compte la complexité d'une situation et d'y répondre en croisant les regards (75). Ainsi, les professionnels partagent des objectifs communs qui s'articulent autour du maintien des acquis ou du renfort de l'autonomie et de l'indépendance du patient dans son environnement par l'utilisation d'activités adaptées à ses besoins et à ses capacités. Cette intégration souligne-t-elle alors la connaissance et la reconnaissance du rôle complémentaire de l'ergothérapeute dans les activités physiques et sportives ?

Toutefois, nous n'avons pas interrogé les ergothérapeutes sur le caractère systématique de cette collaboration. Comment est-elle décidée ? Comment se répartissent les évaluations ? Comment et par qui l'activité est-elle choisie ?

3. Mais alors pourquoi certains ne l'utilisent pas ?

Nous l'avons vu, 30 ergothérapeutes sur 31 pensent qu'ils peuvent l'utiliser en séance mais 25 l'utilisent de manière effective. Quels sont les freins révélés par notre enquête ?

3.1. Le profil des ergothérapeutes

Les 6 ergothérapeutes qui ne proposent pas d'activité physique admettent cependant qu'elle a des bénéfices notables sur la santé. Parmi eux, un ne se prononce pas quant à ses bienfaits sur les troubles de l'humeur.

Nous ne pouvons pas élaborer de profil "type" d'ergothérapeute ne proposant pas d'AP. Les questions posées pour définir l'échantillon ne sont pas suffisantes pour déduire des tendances significatives. Nous notons cependant les points ci-dessous.

Dans notre enquête, il ne semble pas exister de lien entre le niveau d'activité perçue au quotidien, la pratique sportive et l'intégration de l'AP en séance.

Les 6 ergothérapeutes n'utilisant pas l'AP sont des femmes âgées de 18 à 50 ans. Cependant, seulement trois hommes ont répondu à notre questionnaire.

Les dates de diplômes sont éparses allant de juin 2000 à juin 2021. L'expérience dans le domaine de la santé mentale est la suivante :

- 1 ergothérapeute a moins d'un an d'expérience,
- 4 ergothérapeutes exercent depuis 1 à 5 ans,
- 1 ergothérapeute exerce depuis plus de 10 ans.

Favoriser l'utilisation du dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC) pour des formations continues spécifiques en ergothérapie apparaît comme une revendication des syndicats d'ergothérapeutes et un réel besoin sur le terrain. Le manque de connaissances et le sentiment de ne pas être compétent dans ce domaine sont évoqués à deux reprises dans notre enquête. Mais seulement un ergothérapeute parmi les six a suivi une formation complémentaire en psychiatrie (DU : rétablissement en santé mentale, de la précarité à l'inclusion sociale). Il existe toutefois différents diplômes universitaires ou masters afin d'améliorer nos pratiques. Nous retrouvons par exemple le master en APA ou la formation "Promouvoir l'Activité physique : une nécessité pour tous les professionnels de santé" dispensée par Isabelle Marchalot.

Seul un ergothérapeute précise qu'il n'affectionne pas ce moyen thérapeutique.

Afin de compléter et d'approfondir le profil nous aurions pu questionner davantage les participants en ajoutant plusieurs critères. En effet, nous connaissons le sexe, la profession, l'expérience professionnelle dans ce domaine précis, le niveau d'activité perçu et la pratique sportive. Nous aurions pu ajouter les domaines suivants :

- Biologiques : taille, poids, indice de masse corporelle...
- Sociaux : niveau d'étude, expériences professionnelles antérieures...
- Environnementaux : milieu urbain, milieu rural...

3.2. L'interprofessionnalité autour de l'AP

Selon I. Marchalot « l'interprofessionnalité suppose un dialogue avec échange de connaissances, d'analyses et de méthodes entre deux ou plusieurs disciplines. Elle implique qu'il y ait des interactions et un enrichissement mutuel entre plusieurs spécialistes » (76). Il aurait pu être pertinent de questionner les ergothérapeutes au sujet des possibilités de collaboration avec les professionnels intervenant et des motifs de non-collaboration afin d'approfondir cette thématique.

Cependant, dans notre enquête, il apparaît que le principal motif de non-utilisation de l'AP par les ergothérapeutes est que cette dernière est déjà utilisée par un autre professionnel (3/6). Les thérapeutes ayant identifié cette cause travaillent tous les trois dans des services d'hospitalisation complète (3/3) et / ou de jour (2/3). Les ergothérapeutes ne semblent pas trouver leur place et peinent à être identifiés comme personne ressource dans ce domaine au sein de leur structure. Le décret du 30 décembre 2016 cite pourtant l'ergothérapeute comme professionnel intervenant en APA auprès de patients atteints d'ALD, au même titre que l'E-APA, le kinésithérapeute ou encore le psychomotricien. Ce dernier est, dans 2 cas sur 6, le professionnel utilisant l'AP identifié par les participants.

Parmi les sondés, plusieurs expliquent qu'ils apprécieraient mener des séances incluant de l'AP. Un seul explicite ne pas aimer l'AP. La diversité des activités proposées en fait un moyen thérapeutique pour tous.

3.3. Peu de contraintes institutionnelles

Aucun ergothérapeute n'a identifié comme élément obstacle le manque de matériel ou l'absence de professionnel avec qui coanimer les séances d'AP.

Dans la catégorie "Autre" un ergothérapeute a tout de même expliqué que sa direction refusait systématiquement qu'il anime ces séances. Ce domaine, sur son lieu d'exercice (CATTP et hospitalisation de jour) est réservé à un autre professionnel paramédical.

Le décret relatif à l'APA est récent. Sa mise en place concrète sur le terrain peut s'avérer difficile dans un contexte institutionnel où les ergothérapeutes eux-mêmes ne se sentent pas légitimes et suffisamment formés pour la proposer.

4. Limites de l'étude

Le choix de l'outil même peut apparaître comme une limite. En effet, le questionnaire rend impossible la reformulation ou le questionnement direct de l'auteur. Si une ou plusieurs questions sont mal rédigées, elles peuvent entraîner l'abandon des participants.

Le questionnaire aurait dû être diffusé sur une période plus étendue afin d'obtenir davantage de réponses. 31 ergothérapeutes ont pris le temps de participer. Cependant, nous ne pouvons pas généraliser les résultats avec un effectif si faible.

L'étude des éléments récoltés fonde la pertinence d'une étude approfondie sur les ergothérapeutes et leurs pratiques en lien avec l'activité physique, les techniques d'animation utilisées, les outils sélectionnés pour choisir une activité et pour adapter celle-ci aux objectifs de prises en soin, les éventuelles barrières interprofessionnelles à franchir pour permettre une meilleure prise en charge globale.

En élargissant la focale, considère-t-on que l'activité physique est une fin en soi, un moyen de traiter la dépression chronique, ou bien est-ce un mélange des deux hypothèses ? Le respect des règles du badminton ou du football est-il strict ?

Enfin, l'interprétation des données qualitatives ne s'est pas faite selon une méthode normée.

5. Perspective : et le plaisir dans tout ça ?

Proposer une activité physique adaptée aux patients et à leurs objectifs de prises en soin n'est pas chose aisée. Il est donc important de prendre en compte différents paramètres comme les caractéristiques de l'AP, le niveau d'AP des patients et leur motivation face à ce moyen thérapeutique. En effet, la symptomatologie dépressive entraîne une diminution de l'énergie due à une asthénie prononcée. Réaliser une AP peut alors apparaître comme insurmontable. Adapter les règles à l'état général du patient peut être une piste afin de redonner confiance aux patients dépressifs.

Nous l'avons vu, la dépression entraîne une anhédonie. Les patients atteints montrent donc une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, mesurée entre autres par l'échelle de plaisir de Snaith-Hamilton. Nous savons, de plus, grâce à A Wilcock que « l'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé » (49).

M. Otto explique que « le plaisir est étroitement lié au niveau d'implication que les patients mettent dans l'exercice. J'aimerais qu'ils fassent ce qui est le plus amusant et le plus distrayant pour eux, peu importe ce que c'est » (77). L'ergothérapeute compte parmi ses compétences le développement d'activités ludiques et qui procurent du plaisir car ces dernières sont construites à partir des intérêts des patients. Cela nous amène à faire le parallèle avec le « Flow » ou « l'expérience optimale » définie par M Csikzentmihalyi (78) .

Le « Flow » se caractérise par :

- Un but précis,
- Une rétroaction immédiate,
- L'intégration de la conscience et de l'action,
- La concentration,
- La perception de contrôler de la situation,
- L'absence de préoccupation,
- L'équilibre entre les exigences de la tâche
- Les capacités de la personne et une expérience autotélique.

Pour y parvenir, l'importance d'une évaluation holistique de la part des soignants et le choix d'une activité en adéquation avec les souhaits et capacités du patient doivent être la pierre angulaire de la prise en soins.

Dans notre enquête, il apparaît clairement que la demande du patient est une composante importante aux yeux des thérapeutes. En effet, si le patient est acteur de sa prise en soins et que l'équipe soignante lui permet d'établir ses objectifs, il aura plus de chance

d'expérimenter le « Flow ». Selon Callaghan et al. la motivation des patients dépend principalement des niveaux de satisfaction et d'autonomie qu'ils retirent et perçoivent lors de l'AP. Les bénéfices de celles-ci ne sont observables que lorsque le patient lui-même choisit le sport et son intensité (79). Bahrke et Morgan ajoute que l'AP permet une augmentation du « time-out » (temps de distraction ou du détournement de l'attention des signes de malaise physique ou psychologique), qui peut s'apparenter à l'absence de préoccupation retrouvée dans le « flow » (80). De plus, selon M Csikzentmihalyi, c'est le plus souvent lors des activités sportives que les individus, à la recherche du défi, vont expérimenter ce sentiment de transcendance (81).

Nous pourrions approfondir plusieurs items de notre questionnaire, en demandant par exemple :

- Comment les ergothérapeutes choisissent l'activité physique et sportive ?
- Est-ce une envie des patients ?
- Ces derniers sont-ils au fait de la diversité des AP proposées ?
- Ou sont-ils contraints à adhérer à des séances utilisant de l'AP, sans jamais réellement émettre leur avis ?
- Les moyens matériels et humains restreignent-ils le choix des AP proposées ?

Si le choix de l'AP par le patient est efficace pour la motivation et l'expérimentation du « flow », comment prend-elle concrètement vie lorsque les thérapeutes prennent en soin des patients qui n'ont plus goût à rien ? Il est également primordial de prendre en considération les efforts que nous demandons à ces patients. Se remettre en activité est une longue route, souvent sinueuse. L'engagement volontaire dans des activités qui procurent du « Flow » est une démarche difficile, coûteuse en énergie. Elle demande aux patients de sortir de leur zone de confort avec la simple promesse d'une sensation de bien-être final.

Conclusion

La pandémie de COVID-19 a mis un coup de projecteur sur la santé mentale des Français et cette dernière est devenue une priorité nationale. Les Assises pour la Santé Mentale en sont le témoin. De nombreux dispositifs afin de lutter contre la dépression et de réduire le nombre de suicides sont désormais mis en place, à l'instar des séances de psychothérapies prises en charge par la Sécurité Sociale.

Le trouble dépressif chronique a de nombreux effets négatifs sur le quotidien des patients. La conséquence la plus tragique est le suicide. Si nous souhaitons faire vivre les valeurs de la République que sont notamment l'égalité et la fraternité, il est indispensable d'œuvrer pour que chacun se sente sujet, citoyen et atteigne ainsi un niveau de réalisation d'activités quotidiennes satisfaisant.

Les ergothérapeutes interrogés ont mis en exergue l'intérêt d'utiliser l'activité physique comme moyen thérapeutique complémentaire afin d'améliorer la participation sociale des patients dépressifs chroniques. L'ergothérapie et ses outils permettent alors d'identifier le sens des activités pour l'individu et les facteurs personnels et environnementaux propres à chaque situation. Ainsi, les professionnels proposent de multiples activités avec des modalités se rapprochant des recommandations édictées par l'OMS ou l'HAS.

L'objectif principal perçu de cet exercice est de maintenir un niveau de connaissances scientifiques satisfaisant afin de proposer des plans d'interventions fondés sur l'evidence-based-practice. La recherche d'articles, d'études et de revues mais également la construction d'un outil d'enquête, l'analyse et la rédaction des résultats ont été autant d'expériences qu'il me sera désormais possible d'utiliser dans ma pratique professionnelle. Je suis convaincue que la recherche est un vecteur efficace pour promouvoir l'ergothérapie et asseoir notre identité professionnelle tout en tenant compte de la dimension holistique des patients pris en charge, quelles que soient les pathologies présentées.

Références bibliographiques

1. Gressier F, Hardy P. 57. Dépression, prévention des rechutes et des récives [Internet]. Lavoisier; 2010. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-etats-depressifs--9782257204073-page-500.htm>
2. INPES. La dépression - En savoir plus pour en sortir. :92.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5Th ed. Arlington (VA). 2013.
4. Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, Furukawa TA, Domschke K. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *Lancet Psychiatry*. 1 sept 2020;7(9):801-12.
5. Monroe SM, Harkness KL. « Recurrence in major depression: A conceptual analysis »: Correction to Monroe and Harkness (2011). *Psychol Rev*. 2011;118(4):674-674.
6. Steinberg J, West DJ. Depression as a major mental health problem for the behavioral health care industry. *J Health Sci Manag Public Health*. :7.
7. Nestrigues C, Coldefy M, Mousques J, Daniel F. Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. mars 2018;66:S23-4.
8. Sladana P. Haute Autorité de santé. 2017;45.
9. HAS. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_al23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf
10. Stahl SM. Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications, 2nd ed. Cambridge University Press; 2000. 601 p.
11. Recommandations Dépression [Internet]. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/depression-1567.html>
12. Bottai T. Traitement non médicamenteux de la dépression. *Presse Médicale*. 1 mai 2008;37(5, Part 2):877-82.
13. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_fiche_synthese.pdf
14. Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G, Gerazime A, Guerdoux-Ninot E, Lognos B, et al. De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie. *Hegel*. 2018;21-7.
15. Cuijpers P, Quero S, Noma H, Ciharova M, Miguel C, Karyotaki E, et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. juin 2021;20(2):283-93.

16. Therapeutic patient education continuing education.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108151/9789289012980-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, et al. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. mai 2011;198(5):385-90.
18. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(10). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006525.pub2/full>
19. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med*. 16 déc 2009;7(1):79.
20. Bouchard C, Blair SN, Haskell WL. *Physical Activity and Health*. Human Kinetics, Second ed. 2012. 456 p.
21. Descamps G. *Psychologie du sport et de la santé*. De Boeck ed. Paris. 2011.
22. HAS. Prescription d'activité physique et sportive pour la Dépression [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_249_ref_aps_depression_vf.pdf
23. Nino G. Bénéfices psychologiques des activités physiques adaptées dans les maladies chroniques. *Sci Sports*. 1 févr 2013;28(1):1-10.
24. Statens Folkhälsoinstitutet. *Physical activity in the prevention and treatment of disease*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2010. 621 p.
25. Voss MW, Nagamatsu LS, Liu-Ambrose T, Kramer AF. Exercise, brain, and cognition across the life span. *J Appl Physiol*. nov 2011;111(5):1505-13.
26. Drevets WC, Price JL, Furey ML. Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: implications for neurocircuitry models of depression. *Brain Struct Funct*. 2008;213(1):93-118.
27. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015;25(S3):1-72.
28. Sacco WP, Wells KJ, Vaughan CA, Friedman A, Perez S, Matthew R. Depression in adults with type 2 diabetes: the role of adherence, body mass index, and self-efficacy. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. nov 2005;24(6):630-4.
29. Ryan MP. The antidepressant effects of physical activity: mediating self-esteem and self-efficacy mechanisms. *Psychol Health*. 2008;23(3):279-307.
30. Oneib B, Sabir M, Otheman Y, Ouanass A. Troubles dépressifs en soins primaires : caractéristiques cliniques et sociodémographiques. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 juill 2018;66(4):255-62.
31. Paquet A, Girard M. Le bilan psychomoteur dans la dépression. *Fr J Psychiatrie*. 1 déc 2019;1:S134.

32. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). 2005-102 févr 11, 2005.
33. UNAFAM. Handicap psychique [Internet]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique>
34. Morel-Bracq MC. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Solal. Paris; 2009.
35. Fédida P. Des bienfaits de la dépression, éloge de la psychothérapie. Paris: Odile Jacob; 2001. 260 p.
36. Steinberg et West - DEPRESSION AS A MAJOR MENTAL HEALTH PROBLEM FOR TH.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.medportal.ge/journal/2003/volume4_n1/deppresione.pdf
37. Sias P, Bartoo H. Friendship, Social Support, and Health. In: Low-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health: Theory, Research, and Practice. 2007. p. 455-72.
38. Zavaleta D, Samuel K, Mills C. Social isolation: A conceptual and measurement proposal [Internet]. University of Oxford; 2014. Disponible sur: <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/11811>
39. Palumbo C, Volpe U, Matanov A, Priebe S, Giacco D. Social networks of patients with psychosis: a systematic review. BMC Res Notes. 12 oct 2015;8:560.
40. Murphy SA, Duxbury L, Higgins C. The Individual and Organizational Consequences of Stress, Anxiety, and Depression in the Workplace: A Case Study. Can J Commun Ment Health. sept 2006;25(2):143-57.
41. Fougeyrollas P, Bergeron H, Cloutier R, Cote J, Saint Michel G. Classification québécoise : processus de production du handicap. RIPPH. 1998.
42. Poriel G. Ergothérapie et participation sociale : quels liens pour quelle pratique ? Ergothérapies. 2016;61:5.
43. Lloyd C, Deane FP. Social participation in Occupational Therapy in Mental Health: A Vision for Participation. C Brown, V C Stoffel, and J P Munoz, Eds. 2019;881-91.
44. Article L4331-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424044
45. Bioy A, Bachelart M. The therapeutic alliance : background, research and clinics. Perspect Psy. 2010;49(4):317-26.
46. Livre-Blanc-sur-lErgotherapie-en-Sante-Mentale-GRESM-2016-version-complete.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Livre-Blanc-sur-lErgotherapie-en-Sante-Mentale-GRESM-2016-version-complete.pdf>
47. Sylvie, Meyer. De l'activité à la participation [Internet]. Deboeck Supérieur; 2013. 288 p. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353271856-de-l-activite-la-participation>
48. Hernandez H. De la souffrance psychique à la réadaptation. Solal, 2è éd. Paris; 2016.

49. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. 2e édition. Paris: De Boeck Supérieur; 2017. (Collection Ergothérapie).
50. HAS. Le dossier patient en ergothérapie. Acta Endosc [Internet]. 2001;28(2). Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
51. Morel-Bracq MC. Le défi de l'occupation humaine selon Doris Pierce. 2017. Disponible sur: https://www.eesp.ch/fileadmin/user_upload/ecole/reseau/ohs/Livret_Abstracts7.pdf
52. handicap R international sur le P de production du. Qu'est-ce que la MHAVIE ? [Internet]. RIPPH. Disponible sur: <https://ripph.qc.ca/documents/mhavie/quest-ce-que-la-mhavie/>
53. OMS. Activité physique [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
54. Dégradation de l'activité physique et de la sédentarité dans la population adulte française lors du 1er confinement lié à la pandémie de COVID-19. Presse Médicale Form. 1 août 2021;2(3):315-6.
55. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
56. 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. 2016-1990 déc 30, 2016.
57. Sciences & Vie. « Le sport et la santé ». N°24. juin 2017;
58. 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. AFSP1637993D déc 30, 2016.
59. MARCHALOT I. Promouvoir l'activité physique : une mission des ergothérapeutes. Ergothérapies. 31 juill 2020;78:7.
60. Phadsri S, Shioji R, Tanimura A, Jaknissai J, Apichai S, Sookruay T. Nonpharmacological Treatment for Supporting Social Participation of Adults with Depression. Hilton C, éditeur. Occup Ther Int. 29 avr 2021;2021:1-13.
61. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process - Fourth Edition. Am J Occup Ther [Internet]. 2020;74. Disponible sur: https://research.aota.org/ajot/article/74/Supplement_2/7412410010p1/8382/Occupational-Therapy-Practice-Framework-Domain-and
62. Nagy E, Moore S. Social interventions: An effective approach to reduce adult depression? J Affect Disord. 15 août 2017;218:131-52.
63. Marselle MR, Irvine KN, Warber SL. Examining Group Walks in Nature and Multiple Aspects of Well-Being: A Large-Scale Study. :16.
64. BOLCATO A, COMBIER C, BOREL M. Activité physique adaptée et ergothérapie au service de l'accompagnement de la personne boulimique. Ergothérapies. 21 oct 2016;63:43.
65. Ferland F. 3. Le jeu et l'ergothérapie. In: Le modèle ludique : Le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de

Montréal; 2018. p. 55-76. (Paramètres). Disponible sur:
<http://books.openedition.org/pum/13821>

66. Agostinucci M, Helias-Pean A, Andrieu B, Ossola F, Chaumartin N. Les enjeux d'une pratique de l'activité physique en psychiatrie face au COVID-19. *Rech Éducat* [Internet]. 11 mai 2020 ;(HS). Disponible sur:
<https://journals.openedition.org/rechercheseducations/9681#tocto2n1>
67. Chekroud SR, Gueorguieva R, Zheutlin AB, Paulus M, Krumholz HM, Krystal JH, et al. Association between physical exercise and mental health in 1-2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *Lancet Psychiatry*. sept 2018;5(9):739-46.
68. Dunn AL, Trivedi MH, O'neal HA. Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci Sports Exerc*. juin 2001;33(6):S587.
69. Steptoe A, Moses J, Mathews A, Edwards S. Aerobic Fitness, Physical Activity, and Psychophysiological Reactions to Mental Tasks. *Psychophysiology*. 1990;27(3):264-74.
70. Activité physique et santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>
71. Watson D, Wilson S. *Task Analysis : An Individual and Population Approach*. Armer Occupational Therapy Assn : 2nd edition. 2003.
72. Article D1172-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033826298
73. Legrand FD, Mille CR. The effects of 60 minutes of supervised weekly walking (in a single vs. 3–5 session format) on depressive symptoms among older women: Findings from a pilot randomized trial. *Ment Health Phys Act*. déc 2009;2(2):71-5.
74. Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, et al. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry*. 1 juill 2018;175(7):631-48.
75. Clark PC, Dunbar SB, Aycock DM, Blanton S, Wolf SL. Pros and Woes of Interdisciplinary Collaboration With a National Clinical Trial. *J Prof Nurs*. 1 mars 2009;25(2):93-100.
76. Marchalot I. Expériences en ergothérapie - 22ème série. In: *Incitation à l'interdisciplinarité*. Sauramps médical. 2009.
77. Jabr F. Le sport contre la dépression [Internet]. *cerveauetpsycho.fr*. Pour la Science. Disponible sur:
<https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/therapie/https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/therapie/le-sport-contre-la-depression-9508.php>
78. Csikszentmihalyi M. *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. Harper Collins e-book, 1ère édition. 2008. 322 p.
79. Callaghan P, Khalil E, Morres I, Carter T. Pragmatic randomised controlled trial of preferred intensity exercise in women living with depression. *BMC Public Health*. 12 juin 2011;11:465.

80. Bahrke MS, Morgan WP. Anxiety reduction following exercise and meditation. *Cogn Ther Res.* 1 déc 1978;2(4):323-33.
81. Csikszentmihalyi M. A reponse to the Kimiecik & Stein and Jackson papers. *J Appl Sport Psychol.* 1 sept 1992;4(2):181-3.

Annexes

Annexe I. Classification de l'intensité de l'activité selon le réseau Oncolie de Franche-Comté	52
Annexe II. Questionnaire destiné aux ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en psychiatrie auprès de personnes souffrant de dépression chronique	53

Annexe I. Classification de l'intensité de l'activité selon le réseau Oncolie de Franche-Comté

<p>Activité physique très faible < 3 METs</p>	<p>Se doucher, se raser, repasser, marcher à 4 km/h</p>
<p>Activité physique faible Entre 3 et 5 METs</p>	<p>Passer l'aspirateur, nettoyer, marcher à 6 km/h</p>
<p>Activité physique moyenne Entre 5 et 7 METs</p>	<p>Porter en montant les escaliers, marche à 7 km/h, usage d'une tondeuse</p>
<p>Activité physique élevée Entre 7 et 9 METs</p>	<p>Grimper à l'échelle, trottinette, menuiserie lourde</p>
<p>Activité physique élevée > à 9 METs</p>	<p>Course, handball, judo, porter 22 kg en montant les escaliers</p>

Questionnaire destiné aux ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en psychiatrie auprès de personnes souffrant de dépression chronique

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'**Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation (ILFOMER)**. Dans le cadre de la rédaction du mémoire de fin d'étude, je me permets de solliciter votre expertise et votre expérience. En effet, je m'intéresse aux **modalités d'intervention en activité physique des ergothérapeutes exerçant en psychiatrie**.

La problématique de recherche est la suivante : « **Comment l'utilisation de l'« activité physique » en ergothérapie favorise-t-elle la participation sociale des adultes souffrant de troubles dépressifs persistants et récurrents ?** ».

Afin d'apporter des éléments de réponses au plus près du terrain, j'ai élaboré le questionnaire suivant. Par votre concours, il me permettra de mettre en évidence les pratiques préférentielles.

Ce **questionnaire anonyme** s'adresse donc aux ergothérapeutes qui **travaillent ou ont travaillé en psychiatrie**. Les données récoltées ne serviront que dans le cadre de cette enquête.

Le temps de passation est estimé à **10 minutes (maximum)**. Je vous remercie par avance pour votre contribution et le temps consacré à ma requête.

Pour toutes questions et remarques, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :
manon.jeansannetas@etu.unillim.fr

Bien à vous,

Manon Jeansannetas

Pour faire davantage connaissance !

Êtes-vous ergothérapeute ?

- Oui
 - Non
-

Êtes-vous ?

- Un homme
 - Une femme
-

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 18-25 ans
 - 26-35 ans
 - 36-50 ans
 - 50 ans et plus
-

En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ?

- 0-1 an
- 1-5 ans
- 5-10 ans
- Plus de 10 ans
- J'ai exercé mais je ne travaille plus en psychiatrie

Vous exercez en :

- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour
- CATTp
- Domicile
- CMP
- Autre, préciser

Dans quelle tranche d'âge se situent les patients atteints de dépression auprès desquels vous exercez ?

- 0 -18 ans
- 18 - 65 ans
- Plus de 65 ans

Dans quel département exercez-vous ?

Veillez indiquer le code postal

Avez-vous suivi une ou des formations complémentaires (master, DU...) en lien avec le domaine de la Psychiatrie ou de l'Activité Physique (AP) ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ou lesquelles avez-vous suivi ?

Si vous n'exercez plus en psychiatrie, vous exercez en :

- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour
- CATTP
- Domicile
- CMP
- Autre, préciser

Dans quelle tranche d'âge se situe le public auprès duquel vous exercez ?

- 0- 18 ans
- 18 - 65 ans
- Plus de 65 ans

Dans quel département exercez-vous ?

Veuillez indiquer le code postal

Aviez-vous suivi une ou des formations complémentaires (master, DU...) en lien avec le domaine de la Psychiatrie ou de l'Activité Physique (AP) ?

- Oui
- Non

Si oui, la ou lesquelles aviez-vous suivi ?

Vous définiriez-vous comme actif ?

- Pas d'accord du tout
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Vous vous définissez comme un pratiquant sportif :

- Occasionnel
 - Régulier (au moins une fois par semaine)
 - Intensif (au moins deux fois par semaine)
 - Je ne pratique pas d'activité sportive
 - Autre
-

Quelques généralités sur l'Activité Physique (AP)

Vous répondrez aux cinq affirmations suivantes par Vrai, Faux ou Ne se prononce pas.

Les activités de la vie quotidienne (se déplacer, faire la vaisselle, jardiner...) sont considérées comme de l'Activité Physique.

- Vrai
- Faux
- Ne se prononce pas

L'Activité Physique a un impact positif sur la santé.

- Vrai
- Faux
- Ne se prononce pas

L'Activité Physique a un impact positif sur la santé des patients atteints de troubles de l'humeur.

- Vrai
- Faux
- Ne se prononce pas

L'Activité Physique permet de rompre l'isolement des patients admis en psychiatrie.

- Vrai
- Faux
- Ne se prononce pas

Lors des séances d'ergothérapie, je peux proposer la médiation Activité Physique aux patients afin de répondre aux objectifs de prise en soin.

- Vrai
- Faux
- Ne se prononce pas

Les modalités d'intervention

Utilisez-vous l'Activité Physique lors de vos séances en ergothérapie ?

- Oui
 - Non
-

Vous n'utilisez pas l'Activité Physique, pouvez-vous préciser pourquoi ?

- Cela n'appartient pas à mon domaine de compétences
 - D'autres professionnels l'utilisent déjà (Kinésithérapeutes, EAPA...)
 - Les facteurs limitants sont d'ordre matériel (pas de salle disponible, pas d'outil...)
 - Cette pratique n'apparaît pas comme signifiante aux yeux des patients
 - Je n'affectionne pas l'activité physique
 - Je n'ai personne avec qui co-animer ces séances
 - Autre
-

Envisagez-vous d'intégrer l'Activité Physique à votre pratique ?

- Pas du tout
 - Plutôt non
 - Cela dépend
 - Plutôt oui
 - Tout à fait
-

Le questionnaire s'achève ici. Souhaitez-vous apporter une précision ?

Vous avez répondu "oui" à la question précédente. Je vais maintenant m'intéresser à vos modalités d'intervention.

Avant de proposer l'Activité Physique, quels bilans et/ou évaluations utilisez-vous ?

Exemples : MCREO, Occupational Questionnaire...

Proposez-vous uniquement l'Activité Physique lorsque cette dernière est une activité signifiante du patient ?

- Oui
 Non
-

Vous avez répondu "non". Quels sont alors vos critères d'inclusion des patients aux séances utilisant l'Activité Physique ?

- Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
 Demande du patient
 Objectif de readaptation à l'effort
 Objectif discuté en équipe pluridisciplinaire
 Autre
-

Quel genre d'activité(s) avez-vous l'habitude de proposer ?

Exemples : jardinage, marche rapide, marche lente, gym douce...

Généralement, les séances se déroulent :

- En individuel
 - En groupe
-

Habituellement, pour quelles raisons proposez-vous des séances en groupe ?

- Pour favoriser le sentiment d'appartenance à un groupe
- Pour accroître la motivation
- Pour rompre l'isolement
- Pour favoriser le sentiment de sécurité au sein d'un groupe
- Pour favoriser les interactions sociales
- Afin de travailler les habiletés sociales
- Autre

Cette liste est non exhaustive. Vous pouvez ajouter les éléments qui vous semblent davantage correspondre à votre pratique.

Ordinairement, vous privilégiez une Activité Physique d'intensité :

- Faible (aisance respiratoire, sans essoufflement, possibilité de discuter en même temps, très légère accélération de la fréquence cardiaque)
 - Modérée (légère accélération de la fréquence cardiaque et de la respiration, faible essoufflement, possibilité de discuter pendant l'effort)
 - Élevée (augmentation de la fréquence et de l'amplitude respiratoire, essoufflement élevé rendant la discussion saccadée et très difficile à soutenir)
 - Autre
-

En moyenne, à quelle fréquence proposez-vous les séances intégrant de l'Activité Physique ?

- 1 fois par mois
 - 2 fois par mois
 - 1 fois par semaine
 - 2 fois par semaine
 - Plus de 2 fois par semaine
 - Autre
-

En moyenne, combien de temps dure une séance incluant de l'Activité Physique ?

- De 0 à 30 minutes
- De 30 à 45 minutes
- De 45 à 60 minutes
- De 60 à 90 minutes
- Plus de 90 minutes
- Autre

Les créneaux de vos séances sont-ils réguliers ? Par exemple : tous les mardis de 10h à 11h30.

- Oui
- Non

Si les créneaux ne sont pas réguliers, quels sont les facteurs limitants ?

- Disponibilité du patient
- La météo pour les activités en extérieur
- Salle non disponible ou utilisée à d'autres fins
- Manque de moyens humains (collègue absent...)
- Autre

Généralement, où animez-vous les séances utilisant la médiation Activité Physique ?

- Gymnase de la structure
- Salle d'animation de la structure
- Salle d'ergothérapie
- Salle de kinésithérapie
- Jardin, cour ou espace extérieur appartenant à la structure
- A l'extérieur de la structure (en ville, en forêt...)
- Autre

Vous arrive-t-il d'animer une séance d'Activité Physique avec un autre professionnel ?

- Oui
- Non

Avec quel(s) autre(s) professionnel(s) animez-vous ces séances ?

- Kinésithérapeute
- Enseignant d'Activité Physique Adaptée
- Aide-Soignant
- Infirmier
- Psychomotricien
- Ergothérapeute
- Médecin
- Orthophoniste
- Psychologue
- Neuropsychologue
- Educateur Sportif
- Un professionnel d'une fédération sportive, d'un club de sport local
- Autre

Constatez-vous que l'Activité Physique a un impact positif dans les domaines suivants :

	0	10
L'aboulie	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
L'empowerment	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
L'estime de soi	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
La participation sociale	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
La persistance de l'idéation dépressive voire suicidaire	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
Troubles du sommeil	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
Bien-être mental	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
Bien-être physique	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
Engagement occupationnel	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
Engagement dans le parcours de soins	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
L'asthénie	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
L'anxiété	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
Le pessimisme	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	

De "0" = pas d'effet à "10" = très nette amélioration

En général, comment évaluez-vous les bienfaits thérapeutiques des séances incluant de l'Activité Physique ?

- Observations cliniques à la fin de chaque séance
- Passation d'un ou plusieurs bilan(s) intermédiaire(s)
- Passation d'un ou plusieurs bilan(s) à la fin de la séquence de rééducation / réadaptation / réinsertion
- Je ne les évalue pas
- Autre

Quels bilans/évaluations intermédiaires et finaux utilisez-vous ?

Souhaitez-vous ajouter un élément supplémentaire ?

L'activité physique en ergothérapie, un outil en faveur de la participation sociale des patients adultes atteints de troubles dépressifs chroniques.

Introduction : La dépression est l'une des principales causes d'incapacités dans le monde. Chaque année, 3 millions de français présenteront des troubles dépressifs. Les épisodes dépressifs isolés sont cependant rares. Les risques de rechute, de récurrence et de chronicité sont élevés et donnent lieu aux troubles dépressifs persistants et récurrents. La symptomatologie dépressive a de nombreuses répercussions dans la vie quotidienne des patients. Elle engendre des restrictions de participation et des limitations d'activité. La participation sociale des adultes atteints est alors largement impactée. Le traitement de la dépression chronique allie à la fois pharmacothérapie et psychothérapie. Dans de nombreuses études, l'activité physique apparaît désormais comme un moyen thérapeutique supplémentaire. Le décret du 30 décembre 2016 identifie les ergothérapeutes comme des acteurs privilégiés dans ce domaine. Ce mémoire a pour objectif de déterminer si les ergothérapeutes se saisissent de l'AP dans leur plan d'intervention afin d'accompagner les patients dépressifs chroniques dans la réalisation pleine et complète de leurs activités de vie quotidienne et d'ainsi améliorer leur participation sociale. Nous souhaitons, le cas échéant, connaître les modalités d'intervention préférentielles.

Méthode : Pour apporter une réponse à notre problématique, nous avons mené une étude observationnelle afin de recueillir des informations relatives aux pratiques professionnelles des ergothérapeutes. Ces derniers, exerçant ou ayant exercé en psychiatrie auprès de patients atteints de troubles dépressifs chroniques ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

Résultats : Les résultats de l'enquête ont montré que les ergothérapeutes utilisent l'activité physique, notamment lors de séances de groupe. Les éléments récoltés précisent certaines modalités d'intervention comme la fréquence, l'intensité et la durée.

Conclusion : Cette étude montre que les ergothérapeutes proposent l'AP comme moyen d'intervention afin de répondre à des objectifs de prises en soins axés sur l'amélioration de la participation sociale des patients dépressifs chroniques.

Mots-clés : Dépression, Troubles dépressifs chroniques, Participation Sociale, Ergothérapie, Activité Physique

Physical activity in occupational therapy as a tool for improving social participation in adult patients with chronic depressive disorders.

Introduction: Depression is one of the main causes of disability in the world. In France it affects 3 million people per year.. However, isolated depressive episodes are rare. The risks of relapse, recurrence and chronicity are high and lead to persistent and recurrent depressive disorders. Depressive symptomatology has many repercussions in the patients' daily life. It leads to participation restrictions and activity limitations. The social participation is then largely impacted. The treatment of chronic depression combines both pharmacotherapy and psychotherapy. In many studies, physical activity now appears as an additional therapeutic means. The decree of December 30, 2016 identifies occupational therapists as privileged actors. The purpose is to determine whether occupational therapists are using PA in their intervention plan in order to support chronically depressed patients in the full and complete performance in their activities of daily living and thus improve their social participation. We would like to know which modalities are used in these cases.

Method: In order to answer our question, we conducted an observational study to gather information on the OT's professional practices. Occupational therapists who work or have worked in psychiatry with patients suffering from chronic depressive disorders were interviewed using a self-administered questionnaire.

Results: The results showed that occupational therapists use physical activity, particularly during group sessions. They also highlight modalities of intervention such as frequency, intensity and duration.

Conclusion: This study shows that occupational therapists propose PA as an intervention to meet care objectives focused on improving social participation.

Keywords : **Depressive disorders, Chronic depressive disorders, Social Participation, Occupational Therapy, Physical Activity**

