

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET AFFECTION DE LONGUE DURÉE

L'ergothérapie : une aide

à l'engagement





©ANFE, février 2018, tous droits réservés.

Document réalisé par Isabelle Marchalot

Cadre de Santé - Ergothérapeute

Représentante de l'ANFE au sein du groupe ministériel "Activité physique et maladie chronique : quelles compétences pour quels patients."

Représentante de l'ANFE au sein du groupe de travail de la HAS "Activité physique et sportive sur ordonnance."

L'ANFE est l'association professionnelle des ergothérapeutes en France.

Nos membres sont des ergothérapeutes qualifiés dispensant des soins de santé, d'accompagnement et de conseil aux usagers.

Notre mission est de soutenir l'excellence professionnelle et des interventions de qualité en fournissant les meilleures ressources possibles à nos membres.

Pour en savoir plus, consultez notre site internet www.anfe.fr

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Vous pouvez le télécharger, l'afficher, l'imprimer et le reproduire sans l'altérer pour votre usage personnel ou professionnel dans le cadre de votre exercice.

Les documents de synthèse de l'ANFE sont rédigés par des membres ou des groupes d'intérêts spécialisés de l'association et soumis à un examen par son comité d'éthique et d'exercice.

Toute demande relative à ce document est à adresser à :

ANFE
64 Rue Nationale
CS41362
75214 PARIS Cedex 13

Pour toute citation de ce document :

ANFE. (2018). Dossier l'activité physique en ergothérapie. Isabelle Marchalot. Diffusion ANFE.



Ces recommandations cadrent le champ d'action des ergothérapeutes français dans la promotion de l'activité physique du quotidien.

Développées pour être pratico pratiques, ces recommandations doivent permettre aux ergothérapeutes une démarche commune, cohérente en lien avec leurs valeurs.

Ce projet a bénéficié de nombreuses collaborations durant les différentes phases de son développement.

Nos remerciements plus particuliers à Marion Couespel, Éric Trouvé, Marie-Chantal Morel-Bracq pour leurs éclairages avisés.

Des informations
complémentaires sont
disponibles et
régulièrement mises à jour
sur le site internet :
www.anfe.fr



SOMMAIRE

- P 25

- P 51

Bibliographie

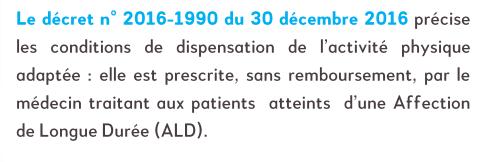
Présentation des outils d'évaluation

- P 5 Introduction **-P7** Activité physique et santé Activité physique : une nécessité soutenue par l'OMS **-P9** Activité physique et recommandations Corps, activité, occupation et équilibre occupationnel Ergothérapie: promouvoir occupation, santé et bien-être **-P12** Activité physique et ergothérapie Trousse pédagogique pour la pratique de l'ergothérapie dans le champ de l'activité physique **- P 22** Fiche de synthèse des évaluations en ergothérapie

INTRODUCTION



Le dispositif intégrant l'activité physique dans le parcours de soin du patient en Affection de Longue Durée est entré en vigueur le 1^{er} mars 2017. Il est issu de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé.





"On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L.1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmes, 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."



Le texte précise que pour les « patients présentant des limitations fonctionnelles sévères, seuls les professionnels de santé (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien) sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical. »

L'activité humaine étant le cœur de métier des ergothérapeutes, Il est important qu'ils investissent ce dispositif, afin de participer à l'identification de l'activité physique la plus adaptée au profil occupationnel de la personne et/ou de dispenser une activité physique adaptée à l'état de santé de la personne.

- Le bilan de l'ergothérapeute aide le médecin traitant à déterminer à quel niveau de limitation se trouve le patient.
- Le bilan de l'ergothérapeute aide à identifier l'activité physique la plus adéquate.
 Chez les personnes à limitation modérée ou sévère, l'intensité des activités doit prendre en compte les caractéristiques de l'individu et être définie en intensité relative selon l'effort, la difficulté, les douleurs, la fatigue perçue, la valence affective ou cognitive.
- Le bilan de l'ergothérapeute met en avant les écarts entre :
 - la perception et la motivation de la personne à s'engager dans l'activité et à modifier ses habitudes ;
 - les habiletés à l'activité ;
 - les exigences de l'activité ou de l'environnement.

L'analyse croisée de ces trois champs permet d'optimiser le choix de l'activité physique.

• Le bilan de l'ergothérapeute aide à la prescription de dispositifs techniques de compensation nécessaire à l'engagement dans l'activité.

Cibler l'activité physique la plus en accord avec l'état de santé, l'environnement et l'appétence de la personne, augmente les chances d'observance de la prescription.



Activité physique et santé

Selon l'OMS, moins de 40% de la population mondiale adulte a une activité physique suffisante pour en tirer bénéfice pour la santé.

Dans beaucoup de pays, l'activité physique est en recul. Dans l'ensemble du monde, 23% des adultes et 81% des adolescents scolarisés ne sont pas assez actifs physiquement.

L'OMS démontre dès 2010, que l'activité physique contribue à réduire les risques de développer une maladie chronique ou une maladie dite non transmissibles (MNT) comme les maladies cardiovasculaires et neurovasculaires, l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète de type 2 et le cancer (OMS, 2017). Le manque d'activité physique est un facteur de risque pour la santé.

Il est démontré scientifiquement que l'activité physique régulière a des effets bénéfiques sur un des symptômes fréquents des malades chroniques : la fatigue (*Lange et al, 2005 cité dans IRDPQ, 2014*).

L'activité physique est aujourd'hui considérée comme « une thérapeutique à part entière » validée « dans le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses » (HAS, avril 2011).

Activité physique : une nécessité soutenue par l'OMS

Selon Bouchard et al (1994), l'activité physique 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 au repos. ».

Le mental joue un rôle dans l'accès et le déroulement de cette activité. Ceci n'est pas traité ici, mais reste nécessairement implicite.

L'OMS en 2010, rappelle que « l'activité physique englobe notamment les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire. Une activité physique peut s'observer dans l'exercice d'une profession, au cours d'activité récréatives et de loisirs, de tâches domestiques ou d'activités sportives ».

L'activité physique ne se réduit pas à la pratique sportive, mais comprend les activités physiques du quotidien, au travail, lors des activités de loisirs sportives ou non.



« La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière » (OMS, 2010).

Inciter les gens à bouger est indispensable pour réduire la charge des maladies non transmissibles ou chroniques. L'OMS recommande, pour toutes les tranches d'âge, une quantité minimale d'activité physique pour être en meilleure santé. Les personnes sédentaires devraient pratiquer une activité physique même sur un court laps de temps tous les jours, puis augmenter progressivement la durée, la fréquence et l'intensité. Les pays et les communautés doivent, de leur côté, prendre des mesures pour offrir à la population davantage de possibilités d'avoir une activité physique.

L'OMS propose des recommandations en matière de type d'activités, de durée, d'intensité, de fréquence, afin d'en obtenir un bénéfice sur le corps.

« Les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes. Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. Enfin, des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine ».

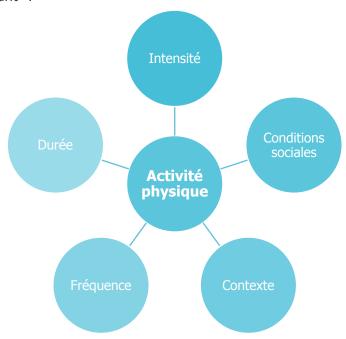
L'intensité d'activité physique est exprimée et mesurée le plus souvent en termes de dépense énergétique (MET : Metabolic Equivalent of Task, 1 MET = 1Kcal/kg/h).

Tout engagement occupationnel dont le résultat est une augmentation substantielle de la dépense énergétique par rapport à la dépense au repos se définit comme une activité physique.



Activité physique et recommandations

Les caractéristiques pour décrire une activité physique ont été identifiées par l'INSERM en 2008 comme étant :



L'Institut National de la Santé Publique du Québec (INSPQ, 2006) et la Haute Autorité de Santé en France proposent une classification en 3 niveaux en fonction de leur intensité d'après la Société Française de Nutrition (2005) :

Activité physique faible < 3 METs	Laver la vaisselle, marcher à 4 km/h, laver les vitres, etc.	45 mn
Activité physique modérée Entre 3 et 6 METs	Passer l'aspirateur, marche rapide à 6 km/h, ramasser des feuilles, etc.	30 mn
Activité physique élevée ou soutenue À partir de 6 METs	Bécher, jogging à 10 km/h, natation, déménager, etc.	20 mn

Oncolie (réseau de cancérologie de Franche-Comté) propose une classification simplifiée en cinq niveaux :

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



Le Compendium des activités physiques des adultes d'Ainsworth (2011) recense 21 catégories d'activités physiques et permet d'obtenir l'intensité générique de la plupart des activités physiques qu'un individu a à gérer (Compendium disponible sur le site de l'ANFE).

En France, le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'**activité physique adaptée** auprès des porteurs d'affection de longue durée, acte l'importance de l'activité physique adaptée comme « 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 ».

Corps, activité, occupation et équilibre occupationnel

Notre corps et notre esprit permettent d'agir sur l'environnement. Grâce à ses activités, l'homme développe des habiletés, des intérêts et des compétences. Toute personne a un besoin vital d'activité pour se maintenir alerte sur les plans physiques et cognitifs.

Pour Pierce (2016, p. 25) « Une activité est définie culturellement et est une classe générale d'actions humaines. » « Une occupation est une expérience spécifique, construite personnellement et qui ne se répète pas ». Nos expériences individuelles, uniques dans un temps et un lieu donné, sont donc qualifiées d'occupations.

<u>Exemple</u>: faire la vaisselle fait partie des activités domestiques ; dès qu'elle devient une habitude de vie, avec un sens et des processus propres, elle est qualifiée d'occupation. L'engagement dans cette occupation demande une adaptation permanente en fonction du contexte personnel (habiletés physiques, mentales, cognitives et sociales) et environnemental. Du fait de ces interactions permanentes entre l'activité, l'environnement et la personne, l'occupation est qualifiée de spécifique et non reproductible.

Reste à équilibrer nos différentes occupations en termes de catégories, de temps, de lieu, de caractéristiques. « La notion d'équilibre occupationnel est un concept clé en Ergothérapie qui soutient le lien entre l'occupation et la santé » (Wilcock, 1998; Backman, 2004; Jonsson et Person, 2006; Dur, 2014).

Le cadre de référence canadien "Vivez-bien-votre-vie" considère huit dimensions de l'expérience qui sont indispensables pour maintenir sa santé (Moll, 2015) :

- Activer son corps, son esprit et ses sens.
- Créer des liens avec les autres.
- Contribuer à la communauté et à la société.
- Prendre soin de soi.
- Construire sa sécurité et sa prospérité.
- Développer et exprimer son identité.
- Développer ses capacités et son potentiel.
- Vivre des expériences de plaisir et de joie.

Un équilibre individuel entre ces dimensions pourrait être promoteur de santé.



Wilcock (1998) propose que cet équilibre se centre sur l'utilisation et le développement des capacités physiques, mentales, sociales, émotionnelles et spirituelles dans des proportions entièrement individuelles qui soient satisfaisantes et promotrices de la santé.

Rechercher un équilibre dans la vie quotidienne influence notre santé. Trop bas cet équilibre tend vers la sédentarité, l'oisiveté, le manque de plaisir, etc. ; trop haut il tend vers l'hyperactivité, le manque de repos, la dispersion, etc. Entre les deux se trouve l'équilibre occupationnel, source de bien-être.

Ergothérapie: promouvoir occupation, santé et bien-être

L'ergothérapie se fonde sur le lien existant entre les activités humaines et la santé. À ce titre, elle incarne une façon différente et complémentaire de penser la santé des hommes. L'ergothérapie s'appuie sur le fait que l'engagement dans l'occupation est essentiel pour une vie humaine bien vécue. L'occupation peut alors être thérapeutique pour restaurer la santé. La participation dans des occupations façonne notre esprit comme notre corps et est une dimension centrale pour le bien-être et la santé (Law, 2002).

« En tant que thérapeutes nous aidons les personnes à surmonter les restrictions occupationnelles ; pour cela, nous identifions les obstacles limitant leur participation dans des occupations et évaluons les processus permettant de soutenir leur engagement. Nos interventions sont conçues pour **promouvoir l'engagement**, restaurer la fonction, et aborder des activités, tâches et rôles importants. » (Lisa Tabor Conno, 2016, p. 125).

La place de l'activité et de l'occupation et notre manière de les appréhender ont beaucoup évolué à travers l'histoire de la profession, mais notre cœur de métier a toujours été de promouvoir l'activité humaine et l'engagement dans nos occupations.

Francine Ferland, professeur émérite de l'Université de Montréal y adjoint la notion de plaisir, « *Tout être humain doit avoir des activités physiques et mentales qu'il apprécie* » (*Ferland, 2015, p. 35*). Elle s'appuie pour cela sur la philosophie de Dunton (1919), fondateur en 1917 de l'association américaine des ergothérapeutes.

« Pour que les activités de la personne répondent à son besoin d'agir et participent à sa santé, une bonne qualité de vie et un développement maximal, encore faut-il qu'elles soient significatives pour elle, qu'elles répondent à ses intérêts, ses désirs et ses objectifs personnels. » (Ferland, 2015, p. 39).

Plus nous serons en mesure de comprendre le lien entre l'humain (Etre de corps et d'esprit), l'activité, l'engagement dans nos occupations et la santé, plus nous pourrons, en tant qu'ergothérapeute, contribuer de façon unique à la promotion de la santé. C'est l'objectif des sciences de l'occupation.

Selon Silvia Martins, ergothérapeute à Estoril au Portugal, « l'hypothèse la plus importante pour l'Ergothérapie est que la santé et le bien-être sont influencés positivement par un équilibre occupationnel dans la vie quotidienne ».

Faire ce lien permet d'associer la santé à un équilibre occupationnel individuel entre les activités physiques, mentales, sociales et de repos.



Activité physique et ergothérapie

Selon l'arrêté du 5 juillet 2010, l'ergothérapeute « établit des projets d'intervention, afin de maintenir, de restaurer et de permettre l'activité de la personne en relation avec ses habitudes de vie ».

Promouvoir l'activité physique, c'est reconnaître la composante physique de l'engagement dans l'occupation.

Selon le décret N°2016-1990 du 30 décembre 2016 : « En accord avec le patient atteint d'une affection de longue durée et au vu de sa pathologie, de ses capacités physiques et du risque médical qu'il présente, le médecin traitant peut lui prescrire une activité physique dispensée par l'un des intervenants suivants: professionnels de santé (Masseur Kinésithérapeute, Psychomotricien et Ergothérapeute), etc. ».

L'approche centrée sur l'engagement dans l'occupation permet d'identifier l'ergothérapeute comme un professionnel de santé ayant une « place dans l'accompagnement [vers l'activité physique] de personnes présentant des limitations modérées à sévères » (instruction interministérielle N°DGS/EA3/DGESIO/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017).

L'évaluation en ergothérapie en cas de limitations sévères à modérées pour :

- Établir le répertoire occupationnel d'une personne (de sédentaire à physiquement soutenu, l'engagement peut être variable selon tout un chacun).
- Lister les occupations problématiques et identifier le niveau d'activité physique requis (intensité générique) pour les réaliser pleinement.
- **Identifier** la perception que la personne a de son niveau d'activité physique (intensité perçue relative). Le même engagement peut être perçu d'intensité légère pour l'un et soutenu pour l'autre.
- Mettre en avant les freins et les leviers environnementaux à l'activité
- Évaluer les habiletés motrices et procédurales de la personne en fonctionnement.
- **Déterminer** le niveau de motivation à engager une démarche d'amélioration de son équilibre occupationnel.
- **Déterminer**, si besoin, le dispositif technique de compensation garant d'une activité sécuritaire.
- Aider le médecin traitant à définir le phénotype fonctionnel du patient.

<u>Remarque</u>: le Compendium des activités physiques d'Ainsworth traduit en français par Damien Paineau (2011) est une aide très utile pour les ergothérapeutes. Il propose des valeurs estimées d'intensité de nombreuses activités domestiques, professionnelles ou de loisirs, etc.



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.

Il s'agit par là de :

- **Prendre en compte** la perception de la personne, la corréler avec les habiletés déterminées par l'ergothérapeute pour ensuite travailler sur l'écart existant entre « ce que la personne pense pouvoir faire » et « ce que l'ergothérapeute évalue comme pouvant être fait ».
- Initier une activité physique en accord avec l'état de santé de la personne.
- Mettre en situation dans un lieu sécuritaire reproduisant les lieux de vie, afin qu'elle s'expérimente avec un professionnel de santé ergothérapeute, dans un environnement sûr.
- Mettre en situation dans le lieu d'activité afin de favoriser le transfert de compétence sur le lieu d'exercice.
- Accompagner à un changement de croyance.
- Accompagner dans les démarches permettant l'intégration de l'activité physique dans son quotidien.

L'objectif de l'ergothérapeute est de co-construire avec la personne une action permettant de tendre vers un rééquilibre occupationnel, vecteur de santé et bien-être.

L'ergothérapeute identifie les freins et les leviers à l'engagement (motivations et croyances) et permet de s'expérimenter en situation dans les lieux de vie ou reproduisant des lieux de vie. Reste à lever les freins ou/et à motiver la personne à découvrir une autre façon d'être acteur de sa vie.

La prise de conscience d'un possible, en situation réelle, avec un ergothérapeute, permet la recherche d'un nouvel équilibre occupationnel, garant de la promotion de l'activité physique du quotidien.

<u>Exemple</u>: faire la vaisselle est une activité décrite de façon générique « d'intensité faible » de 3.5 MET, mais peut s'avérer perçue comme d'intensité très faible pour les uns et au contraire très élevée pour d'autres.

Un état de santé, une perte de motivation, etc. peut altérer l'engagement dans une occupation. L'ergothérapeute en mesurant la fatigue (ENF), l'effort perçu (Borg), etc. lors de l'activité, peut mettre en avant un écart entre l'intensité générique proposée par le Compendium et celle relative perçue par le patient.

« L'activité physique est avant tout un comportement qui peut être caractérisé par plusieurs facteurs explicités par des exemples d'activités physiques du quotidien » (Basiric et al, 2011).



Conclusion

Le corps n'est pas qu'un simple instrument, il est reconnu comme une dimension essentielle à notre identité. Il nous permet de nous présenter au monde et de prendre part aux activités que nous avons à gérer. Indissociables, le corps et l'esprit permettent conjointement des expériences occupationnelles, c'est-à-dire des expériences spécifiques, individuelles et contextualisées.

Trouver un équilibre occupationnel est l'objectif de tout être humain. De nombreuses situations de vie (maladie nous affectant nous-mêmes ou un tiers, un contexte défavorable, un emprisonnement, etc.) peuvent le bouleverser et avoir un impact négatif sur notre santé. Rechercher ou maintenir un équilibre occupationnel est un véritable défi de santé publique.

L'activité physique peut être adaptée en fonction d'un état de santé, mais reste un comportement à promouvoir et est reconnue comme thérapeutique à part entière.

C'est à ce titre que le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, la HAS et de nombreuses instances, invitent à former les soignants à la promotion dans le parcours de santé, d'une activité physique adaptée à l'état de santé de la personne malade.

En tant que professionnels de santé, les ergothérapeutes participent à cette promotion. Promouvoir l'activité physique, c'est reconnaître la composante physique et motivationnelle de l'engagement dans l'occupation.

Trousse pédagogique pour la pratique de l'ergothérapie dans le champ de l'activité physique



Compétences des ergothérapeutes pour encadrer l'activité physique

Compétence 1 : Évaluer une situation et établir un diagnostic

- Identifier les besoins et les attentes d'activité d'une personne (perception de la personne) en conduisant un entretien et/ou à partir d'évaluations standardisées.
- Évaluer les limitations d'activité et les restrictions de participation en prenant en compte les aptitudes de la personne (fonction locomotrice, cérébrale, sensorielle) et en les croisant avec l'environnement humain et matériel de la personne (exigences de l'activité).
- Identifier les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'activité.
- Identifier les modalités d'adaptation de l'environnement ou de la personne (dispositifs de compensation nécessaires).
- Évaluer les effets de l'activité en tenant compte des conditions de sécurité.

Compétence 2 : Concevoir un projet d'intervention

- Analyser les évaluations, choisir un modèle d'intervention et sélectionner le mode d'intervention.
- Élaborer un cahier des charges des besoins en lien avec l'activité.
- Préconiser des adaptations et aménagements de la personne et/ou de l'environnement pour un retour à l'activité.
- Identifier les composantes physiques, sensorielles, psychiques et cognitives de l'activité.

Compétence 3 : Mettre en œuvre le plan d'intervention

- Mettre en situation la personne afin de développer ses aptitudes d'adaptation et d'observer sa fatigue à l'activité.
- Installer la personne de façon ergonomique.
- Mettre en œuvre les stratégies favorisant l'engagement dans l'activité.
- Adapter l'activité en fonction des capacités.
- Utiliser des techniques d'entraînement en vue de développer la tolérance à l'effort et à l'endurance.

Compétence 4 : Concevoir des dispositifs de compensation permettant le retour ou le maintien de l'activité

- Concevoir, préconiser et réaliser des équipements facilitant l'activité.
- Évaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage et des aides techniques notamment en situation d'activité.



Compétence 5 : Conduire une démarche d'éducation et conseil

- Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention et conseils favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé.
- Conduire des actions d'éducation individuelles ou en groupes suscitant l'investissement de la personne dans des activités signifiantes.
- Acquérir et développer une posture éducative pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne.
- Accompagner une personne ou un groupe vers la prise de conscience d'un équilibre entre les différentes activités humaines.
- Conseiller les aidants afin de faciliter l'activité et la participation sociale.

Compétence 6 : Coopérer avec les différents acteurs

- Coordonner les actions pour conduire à l'activité pertinente pour le patient et son entourage.
- Accueillir et écouter la personne en prenant en compte la demande.

Compétence 7 : Évaluer et faire évaluer la pratique professionnelle

- Confronter sa pratique à celle de ses pairs et autres professionnels afin de s'assurer que l'accent est mis sur l'activité, la performance et la participation.

Compétence 9 : Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs

- Coordonner les actions avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif pour conduire à l'activité dans la cité.

Compétence 10 : Former et informer

- Communiquer en vue de valoriser l'activité en expliquant les relations entre performance dans l'activité, santé et bien-être.

Selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute (référentiel de compétences), les actes de rééducation et réadaptation (CSSAR V3 Version 2015) et de l'ouvrage « De l'activité à la participation » de Sylvie MEYER (2014).



Positionnement de l'ergothérapie selon les phénotypes fonctionnels préétablis

(Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016)

Si aucune limitation ou limitation minime

À la demande d'un prescripteur, l'ergothérapeute est amené à évaluer la situation d'une personne afin d'aider le médecin traitant à la prescription. Les ergothérapeutes ont compétences pour :

- Etablir une cartographie de l'équilibre occupationnel en lien avec les besoins de soins personnels, de productivité et/ou de loisirs (profil sédentaire, actif, hyperactif).
- Évaluer le FITT-VP (Fréquence, Intensité, Type, Temps ou durée, Volume ou quantité, Progression) des activités physiques du quotidien.
- Éduquer à la notion d'activité physique du quotidien : identification des activités du quotidien qui peuvent devenir plus actives ou recherche d'activités nouvelles intégrant cette notion.
- Accompagner vers la prise de conscience de l'importance d'un équilibre occupationnel en cohérence avec la qualité des activités pour le maintien d'un état de santé optimal.

Public concerné: Personne non motivée par une prescription d'activité physique ou qui ne comprend pas ce qu'elle doit changer ou ce qu'on attend d'elle.

Si limitation modérée

Reprise des points ci-dessus et à ce stade l'ergothérapeute a compétences pour :

- Évaluer en situation, les limitations d'activité et les restrictions de participation en prenant en compte la motivation, l'âge, la pathologie, le niveau de limitations fonctionnelles, l'environnement humain et matériel et les habitudes de vie.
- Identifier en situation réelle, les freins et leviers à l'activité physique.
- Évaluer les effets (physique, cognitif ou social de l'activité) en tenant compte des conditions de sécurité.
- Mettre en situation réelle la personne afin d'observer sa fatigue, ses difficultés et ses adaptations (utiles ou non), afin de développer des aptitudes d'adaptation.
- Elaborer un cahier des charges, afin que l'activité soit la plus physique possible.
- Adapter l'activité pour qu'elle devienne, en fonction des capacités, la plus physique possible, tout en ayant du sens pour la personne.
- Préconiser des dispositifs techniques ou médicaux, afin de maintenir l'activité physique.
- Evaluer la qualité et l'efficacité du dispositif technique ou médical (notamment en situation).
- Conduire des actions d'éducation thérapeutique individuelle ou en groupe suscitant l'investissement dans l'activité physique du quotidien.
- Évaluer le niveau d'activité physique au quotidien, en production et dans les loisirs.
- Conseiller la personne et son environnement en regard de la notion d'activité physique au quotidien, en production ou dans les loisirs.

Public concerné: Personne sollicitant une aide pour maintenir une activité physique / Personne qui ne perçoit pas comment maintenir des activités physiques avec le handicap / Personne ayant besoin d'adaptation pour maintenir l'activité physique.

Si limitation sévère

Reprise des points ci-dessus en insistant sur :

- Adapter l'activité physique en mettant la personne en situation, dans le lieu de l'activité physique.
- Mettre la personne en situation, afin de développer des adaptations spécifiques.
- Conseiller les aidants ou le réseau, afin de faciliter l'activité et la participation.
- -Travailler en réseau en coordonnant les actions avec les soignants, les professionnels de santé, les intervenants dans le champ économique, social, sportif et éducatif.

Public concerné: Personne, entourage, ou réseau sollicitant une aide pour maintenir l'activité physique / Personne qui ne perçoit pas comment maintenir des activités physiques avec le handicap / Personne ayant besoin d'un professionnel de santé pour adapter l'activité physique / Personne ayant besoin d'établir ce qui est de l'ordre de l'activité physique dans ses habitudes de vie.



Valeur ajoutée de l'ergothérapie

Depuis peu, les instances de santé mettent en avant l'activité comme potentiel pour la santé et y introduisent la notion de promotion « du versant physique de l'activité ». L'activité physique est reconnue depuis 2015 comme traitement non médicamenteux.

Les disciplines de santé et de sport sont invitées à prendre en compte cette notion et à l'intégrer dans leurs pratiques.

Les ergothérapeutes ont compétences pour accompagner toute personne en situation de handicap souhaitant une reprise, un maintien ou une adaptation de ses occupations. En tant que professionnel de santé, les ergothérapeutes prennent en compte et intègrent dans leur pratique ce versant physique. Ils accompagnent les personnes dans la recherche d'équilibre de leurs occupations, parlant de « balance occupationnelle ».

Suite à un entretien et des évaluations, l'ergothérapeute conçoit un projet d'intervention en ergothérapie incluant ce comportement.

Les ergothérapeutes participent d'une part au développement des activités physiques du quotidien et d'autre part à l'aide à la prescription d'un dispositif technique ou médical de compensation la facilitant.

Quand prescrire de l'ergothérapie?

	Indication de l'évaluation en ergothérapie selon les phénotypes fonctionnels						
Intérêt	Aucune limitation	Limitation minime	Limitation modérée	Limitation sévère			
Selon le décret	Seulement si le be	soin est déterminé	++	+++			
Prescription	individuelles à l'e niveau d'activité dans les activités	eins et ressources ngagement et du physique ressenti s habituelles afin nangement de d'habitudes de vie.	Évaluation des capa ressources et du r physique ressent permettre un engo	niveau d'activité i et réel afin de			

(Extrait du livret d'instruction associé au décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016)



Évaluations disponibles en fonction du tableau des phénotypes fonctionnels (liste non exhaustive)

		Aucune limitation, limitation minime, limitation modérée	Limitation sévère	Évaluations Ergothérapiques
rices	Fonction neuromusculaire	-Normale -Altération minime de la motricité et du tonus -Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien	CS-PFP10 (Non libre de droit) ESAP « Capacité » (Non libre de droit)
	Force	-Normale -Baisse de force mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupesmusculaires -Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Hand Grip Strength (Page 22)
Fonctions locomotrices	Fonction ostéoarticulaire -Normale -Altération max de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations, sans altération des mouvements complexes -Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations, avec altération de mouvements simples		Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien	
Fo	Endurance à l'effort	-Pas defatigue -Fatigue rapide après une activité physique intense -Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement	ENF (Page 17) Borg (Page 18)
	Marche	-Distance théorique normale couverte en 6 minutes -Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique) -Valeur inférieure à la limite inférieure de la normale		SWWT (Page 24)

		Aucune limitation, limitation minime, limitation modérée	Limitation sévère	Évaluations Ergothérapiques
es	Fonction cognitive	-Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat -Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat -Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant, ou inversement, bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec	TEM (Page 29) SWWT (Page 24) ESAP « Capacité » (Non libre de droit) DTQ (Page 23)
Fonctions cérébrales	Fonction langagière	-Aucune altération de la compréhension ou de l'expression -Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe -Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression	Cotation Répercussion Effort sur parole (Page 20) ESAP « Capacité » (Non libre de droit)
	Anxiété / Dépression	-Ne présente aucun signe d'anxiété et/ou de dépression -Parvient à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression -Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression	



		Aucune limitation, limitation minime, limitation modérée	Limitation sévère	Évaluations Ergothérapiques
	Fonction visuelle	-Vision des petits détails à proche ou longue distance -Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans un environ non perturbé -Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture -Circulation possible dans un environnement non familier	- Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture - Circulation seul impossible dans un environnement non familier	
sensorielles + douleur	Fonction sensitive	-Stimulations sensitives perçues et localisées -Stimulations sensitives perçues mais mal localisées -Stimulations sensitives perçues mais non localisées	Stimulations sensitives non perçues, non localisées	ESAP « Capacité » (Non libre de droit)
	Fonction auditive	-Pas de perte auditive -La personne fait répéter -Surdité moyenne : la personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde	ESAP « Capacité » (Non libre de droit)
Fonctions	Fonctions proprioceptives	-Équilibre respecté -Déséquilibres avec rééquilibrages rapides -Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	- Déséquilibres sans rééquilibrage - Chutes fréquentes lors des activités au quotidien	ABC-S (Page 21)
	Douleur	-Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses -Douleur à l'activité physique mais indolence dès arrêt de l'activité -Douleur à l'activité physique qui se poursuit à distance de l'activité		EN (Page 19)

(Extrait du livret d'instruction associé au décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016)

Évaluations complémentaires

		Aucune limitation, limitation minime, limitation modérée	Limitation sévère	Évaluations Ergothérapiques
	Mise en avant de l'activité physique problématique	Recherche et identification des limitant l'activ	MCRO (Non libre de droit)	
supplémentaire	lmpact de la pathologie sur la réalisation d'une activité			AMPS (Non libre de droit)
	Percevoir la volition, l'habituation et les capacités de performance			MOHOST (Non libre de droit)
	Environnement	-Leviers environnementaux à l - Freins environnementaux à l	ESAP « Exigences » (Non libre de droit)	
Analyse sup	Analyse de l'activité en termes d'intensité	-Écart entre l'intensité générique relative perçue par - Recherche de l'équilibre occupa	PAPQE (Page 32)	
And	Estimation du temps d'activité physique en METS heure/jour		SAPPIP (Page 25)	
	Évaluation de la motivation		Prochaska (Page 31)	
	Recherche d'un dispositif technique ou médical de compensation		Fiche (Page 37)	

Fiche de synthèse des évaluations en ergothérapie



Synthèse des évaluations en ergothérapie

Tampon de l'ergothérapeute :	NOM - Prénom :				
	Tél : Courriel :				
	Médecin traitant :				
Activité physique ciblée	Environnement en lien avec l'activité ESAP (exigence de l'environnement)				
MCRO (détermination de l'activité physique problématique)	Leviers environnementaux à l'activité physique :				
Auto-évaluation de la personne de sa capacité à gérer l'activité 1 (incapable) à 10					
Auto-évaluation de sa satisfaction en regarde de sa capacité 1 (insatisfait) à 10	Freins environnementaux à l'activité physique :				
Intensité générique de cette activité en MET					
Perception de la personne en regard de l'activité physique ciblée	Capacités évaluées par l'ergothérapeute				
	Capacités évaluées par l'ergothérapeute Hand Grip Strength (dynamomètre Jamar) en kg				
de l'activité physique ciblée ENF (niveau de fatigue)	Hand Grip Strength (dynamomètre Jamar)				
de l'activité physique ciblée ENF (niveau de fatigue) 1 (reposé) à 5 (épuisé) BORG (niveau de difficulté)	Hand Grip Strength (dynamomètre Jamar) en kg SWWT (marche en réalisant une tâche)				
de l'activité physique ciblée ENF (niveau de fatigue) 1 (reposé) à 5 (épuisé) BORG (niveau de difficulté) 0 (facile) à 10 EN (niveau de douleur)	Hand Grip Strength (dynamomètre Jamar) en kg SWWT (marche en réalisant une tâche) 0 (impossible) ou 1(possible) AMPS (analyse de la performance) Score moteur				
de l'activité physique ciblée ENF (niveau de fatigue) 1 (reposé) à 5 (épuisé) BORG (niveau de difficulté) 0 (facile) à 10 EN (niveau de douleur) 0 (absence) à 10 Cotation répercussion effort sur parole (équivalence débit parole/intensité activité ciblée)	Hand Grip Strength (dynamomètre Jamar) en kg SWWT (marche en réalisant une tâche) 0 (impossible) ou 1(possible) AMPS (analyse de la performance) Score moteur Score procédural Test des Errances Multiples (analyse des capacités cognitives en activité journalière)				



Perception de la personne dans son quotidien					
SAPPIP Temps d'activité physique (H, min) - De loisir - Ménagère - Professionnelle Score en MET Heure/jour DTQ (dépistage d'un problème en condition de double tâche)	ESAP (perception de ses capacités) De 4 (normal) à 0 - Sensorielles - Cérébrales - Locomotrices - Résistance ABC-S (dépistage d'un problème d'équilibre en activité) De 0 (problème d'équilibre) à 45				
Motivation à s'engager	dans l'activité physique				
Prochaska (motivation à initier un changement) Stade 1 (je n'envisage pas) à 5					
Dispositif technique ou médical de d	compensation nécessaire à l'activité				
Oui Non Si oui, fournir au médecin traitant la fiche « Dispositi					
(écart entre la perception de la personne et les évaluat	ergothérapeute ions, freins et leviers pour accéder à l'activité physique, onnement humain ou matériel facilitateur, etc.)				

© Isabelle Marchalot, 2017

Cette fiche est un modèle adaptable, proposé pour faciliter la prescription, l'évaluation et l'accompagnement des personnes en ALD, suivies par un ergothérapeute. Elle permet également de faciliter l'échange avec tous les acteurs de terrain, dont les patients, concernés par la promotion de l'activité physique.

Présentation des outils d'évaluation



Échelle Numérique de la Fatigue (ENF) à l'activité

Extrait de "guide de l'énergie, vers une meilleure gestion de la fatigue," IRDPQ (2014)

NC)M :					Prénom :			
Erg	othé	rapeut	e :						
Éc	hell	e Nu	mérique	du niveau	de Fatig	ue : ENF			
	1		« Je me	sens reposé.	Je fonctio	nne bien. Je co	ntrôle la s	ituation »	
	2		« Je ress		gue légère	qui a peu d'imp	act sur m	es activités. Je	dois ralentir le
	3			ns une fatigue es pauses, rép		e dois modifier m ches)	es activités	s »	
	4		« Je ressei	ns une fatigue	importante	. Je dois me repo	ser »		
	5		« Je me se	ns épuisé. Je n	e fonctionn	ne plus. J'ai perdu	le contrôle	e. Je dois demand	der de l'aide »
)ate	:		Date:		Date:		Date :	
« (z de 1 a	blème 1 : à 5 votre fa /5		/5	Score :	/5	Score :	/5
		-	<mark>blème 2 :</mark> . à 5 votre fa						
5	core	:	/5	Score :	/5	Score :	/5	Score :	/5
_			3 5 votre fa	ı					·= 1
5	core	;	/5	Score :	/5	Score :	/5	Score :	/5
Sit	uatio	on pro	blème 4 :.						
« (Cote	z de 1 a	à 5 votre fa	tigue »					
S	core	:	/5	Score :	/5	Score :	/5	Score :	/5
		•							
			à 5 votre fa			T -		T -	
5	core	;	/5	Score :	/5	Score :	/5	Score :	/5

Intérêt: évaluer la fatigue ressentie par le patient pendant l'activité physique.



Échelle de Borg à l'activité

Perception de l'effort (extrait test de Borg / Category Ratio CR10)

NOM:	Prénom :					
Ergothérapeute :						
CI	assification		Des	cription		
	1	Très très facile				
	2	Facile Modéré				
	3					
	4			z difficile		
	5 6		D	ifficile		
	7		Tràs	difficile		
	8		1163	-		
	9	-				
	10		М	aximal		
Date :	Date :		Date :		Date :	
Date .	Date .		Date .		Date .	
Situation problème 1	:					
« Cotez de 0 à 10 vot						
Score : /10	Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10
30010 . 710	Score .	710	Score .	710	Score .	710
Situation problème 2						
« Cotez de 0 à 10 vot						
Score : /10	Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10
Situation problème 3	=					
« Cotez de 0 à 10 vot	re perception de l'	effort »				
Score : /10	Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10
Situation problème 4	:					
« Cotez de 0 à 10 vot	re perception de l'	effort »				
Score : /10	Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10
Situation problème 5	:					
« Cotez de 0 à 10 vot	re perception de l'	effort »				
Score : /10	Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10
	<u> </u>					

Intérêt: évaluer l'effort ressenti par le patient à l'activité.



Échelle Numérique de la douleur en activité

Extrait ANAES « Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte » (1999)

NOM :				Prénom :			
Ergothérapeut	:e:						
Date :		Date :		Date :		Date :	
C :-	115 4						
•				sence de doule			
				1			oierabie »
Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10
« Cotez de C) à 10 votre	douleur. 0 é	tant une al	sence de doule	eur et 10 u	ne douleur into	olérable »
Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10
-				osence de doule			olérable »
Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10
-				ce de douleur et			»
Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10
-				osence de doul			 olérable »
Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10	Score :	/10
Score :	/10	Score :	/10	ocore :	/10	ocore :	/10

Intérêt : évaluer la perception de la douleur par le patient pendant l'activité.



Cotation répercussion effort sur parole

Communal, D. (2014). Collège Aquitain de Prévention Cardio vasculaire Seematter, L. (2011). Centre d'Observation et Analyse du Vieillissement (COAV)

10	M :				Prénom :			
- Erg	othérapeute	e :						
Γal	oleau d'éqı	uivalence e	entre l'indico	iteur <i>« dé</i>	bit de parole	» et intei	nsité de l'activ	ité physique
		le l'activité MET)	Cotation		Indicate	eurs simple	es d'intensité	
	Légère (1	à 2.9 MET)	1	« Je peux	facilement cha	nter »		
	Modérée (3	3 à 5.9 MET)	2	« Je peux	tenir une conve	ersation et	faire des phrases	courtes »
	Intense (6	6 MET et +)	3	« Je ne pe	eux dire que que	elques mots	»	
_								
L	Date :		Date :		Date :		Date :	
S	core :	/3	oit de parole » Score :	/3	Score :	/3	Score :	/3
	-		it de parole »					
S	core :	/3	Score :	/3	Score :	/3	Score :	/3
	-		it de parole »					
S	core :	/3	Score :	/3	Score :	/3	Score :	/3
	-							
			it de parole »					
	core : uation prob	/3	Score :	/3	Score :	/3	Score :	/3
x (Cotez de 1 à	3 votre déb	it de parole »					

Intérêt : évaluer l'intensité physique relative perçue par le patient.



Échelle ABC-S

Version simplifiée du « Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale »
© 2007 - Équipe d'évaluation du programme PIED (version traduite et simplifiée : l'échelle ABC-S)
© 1995 - Powell et Myers (version originale : le ABC Scale)

NOM :	Prénom :
Date :	
Ergothérapeute :	

« Jusqu'à quel point êtes-vous confiant(e) de garder votre équilibre lorsque vous faites les activités suivantes ? »

Activités	Très confiant(e)	Moyen confiant(e)	Un peu confiant(e)	Pas du tout confiant(e)
Vous balayez le plancher	3	2	1	0
Vous sortez de la maison pour aller vers une auto stationnée dans l'entrée	3	2	1	0
Vous vous étirez pour prendre une petite boîte de conserve sur une étagère, à la hauteur des yeux	3	2	1	0
Vous marchez dans la maison	3	2	1	0
Vous utilisez un escalier roulant en tenant la rampe	3	2	1	0
Vous traversez un terrain de stationnement pour vous rendre au centre commercial	3	2	1	0
Vous montez ou descendez de l'auto (régulière)	3	2	1	0
Vous marchez dans le centre commercial bondé de gens pressés	3	2	1	0
Vous vous penchez pour ramasser une pantoufle, sur le plancher de votre garde-robe	3	2	1	0
Vous montez ou descendez un plan incliné (rampe d'accès)	3	2	1	0
Vous montez ou descendez les escaliers	3	2	1	0
Vous êtes bousculé(e) par des gens en marchant dans le centre commercial	3	2	1	0
Vous vous tenez sur la pointe des pieds pour aller chercher un objet, au-dessus de votre tête	3	2	1	0
Vous êtes monté(e) sur une chaise (ou un escabeau) pour aller chercher un objet	3	2	1	0
Vous utilisez un escalier roulant sans pouvoir tenir la rampe parce que vous avez les bras chargés de paquets	3	2	1	0

Score: / 45

Intérêt : évaluer la perception de la personne du maintien de son équilibre dans ses activités.



Hand Grip Strength Test

Extrait de Lafayette Instruments Owner's Manual from tests on more than 2000 subjects (1986)

NOM :	Prénom :
Ergothérapeute :	

Consigne

Prenez l'appareil en main, cadran vers l'évaluateur, membre supérieur le long du corps, fléchissez le coude à 90°, serrez 5 secondes.

Procédez à 3 essais avec une pause de 10-20 secondes entre les deux.

Si l'écart entre les 3 essais est < à 3kgf, le test est validé, prenez le meilleur des trois essais.

Si l'écart entre les 3 essais est > à 3kgf, refaire le test en augmentant le temps entre les essais.

Normes référencées

Adult Data for Lafayette Model 78010 Dynamometer* Averages of Grip Strength in kg. for Adults

Age	Male –	Male – Non	Female –	Female - Non
	Dominant Hand	Dominant Hand	Dominant Hand	Dominant Hand
20	36 kg	35 kg	21.5 kg	19 kg
25	39 kg	36 kg	22 kg	20 kg
30	40.25 kg	36 kg	21 kg	19 kg
35	39 kg	35.5 kg	19.5 kg	18.75 kg
40	37.5 kg	34 kg	18.5 kg	17.75 kg
45	35.75 kg	32.5 kg	17.5 kg	16.75 kg
50	33 kg	30.25 kg	17.5 kg	16.5 kg

^{*} From Lafayette Instrument Owner's Manual from tests on more than 2000 subjects; 1986

Score er	n date du	Score er	n date du
Main dominante	Main non dominante	Main dominante	Main non dominante

Intérêt : évaluer la force de la poigne à partir d'un dynamomètre de type Jamar.



Dual Tasking Questionnaire (DTQ)

Extrait de Mild Traumatic Brain Injury rehabilitation toolkit © 2015 - Margareth Weightman / © 2009 - Evans JJ. Greenfiels E. (version originale)

101	M :		Prénon	n:		
.rgc	othérapeute :					
ert Vou ouv	ains se produisent s voudrions savoir vent » à « jamais »	plus souvent. à quelle fréqu ou « non-applic	les problèmes que tout le ence cela vous est arrivé cable ». S'il vous plait, ent us eu ces difficultés ? »	ces dernières se	maines. Il y 5	·
1.	Prêter attention à	plus d'une chos	se à la fois			
	Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
2.	Parler sans arrête	r ľactivité				
	Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
3.	Réaliser que d'aut	res personnes v	ous parlent quand vous fa	ites une activité		
	Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
4.	Suivre ou participe	er à une conver	sation où plusieurs person	nes parlent en mêi	me temps	
	Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
5.	Détériorer la quali	té de marche, q	uand vous parlez ou écout	ez quelqu'un		
	Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
6.	Être pris dans ses	pensées, sans r	éaliser ce qui se passe aut	our de soir		
	Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
7.	Renverser un verre	e, lors de son tr	ansport			
	Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
8.	Renverser un verre	e, lors de son tr	ansport, lorsque vous parle	ez en même temps		
	Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
9.	Bousculer quelqu'u	un ou faire toml	per des choses lorsque vou	ıs faites autre cho	se en même t	emps
	Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
10.	Avoir des difficult	és à manger et	regarder la TV ou écouter	la radio en même	temps	
	Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
						Score : /40

Intérêt: dépister subjectivement un problème de marche en condition de double tâche.



Stop Walking When Talking (SWWT)

Extrait de Lundi-Olsson L. et al. (1997)

NOM:		Prénom :	
Ergothérapeute :			
Fondement : les personne parler.	es présentant des risqu	ues de chute s'arrêtent de	marcher lorsqu'elles veulent
•	s minutes, commencez	vous entretenir avec lui, au une conversation et obse	u début. ervez s'il s'arrête de marcher
Score : Si le patient s'imm	nobilise tandis qu'il parl	le, cela signifie qu'il prései	nte des risques de chute.
Ce test est très utile pour	évaluer les risques chez	les personnes particulière	ment fragiles.
Date :	Date :	Date :	Date :
Indiquer si la personne e	st à risque de chute l	orsqu'elle fait une doubl	e tâche :
Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non	Oui - Non

Intérêt : dépister objectivement un problème de marche en condition de double tâche.



Score d'Activité Physique pour les Personnes ayant une incapacité Physique (SAPPIP)

Adapté de Washburn R.A. et al. The physical Activity Scale for Individuals with Physical Disabilities and evaluation, Arch Phys Med Rehabil, 83 : 193-200; Appendix 1

NOM:	Prénom :
Ergothérapeute :	

Le score enregistré sera le choix de réponse correspondant au nombre moyen d'heures par jour passé à l'activité		Ne pas remplir	
Activités de loisir	Score	Score pondéré	
1. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des activités de loisirs sédentaires telles que la lecture, regarder la télévision, jouer aux jeux vidéos ou des travaux manuels d'artisanat? 1. Jamais (passer à la question 2) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j)		0	
Quelles étaient ces activités ?			
En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à pratiquer ces activités sédentaires ? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h			
2. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous marché, fait du fauteuil roulant ou êtes-vous sorti de chez vous pour des activités autres que sportives. Par exemple, aller au travail ou en cours, promener le chien, faire les courses ou autre? 1. Jamais (passer à la question 3) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités? En moyenne, combien d'heures par jour êtes-vous sorti de chez vous pour pratiquer ces activités? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h		x 2,5 = 	
3. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des sports ou des activités de loisirs de faible intensité tels que le bowling, le golf avec une voiturette, la chasse ou la pêche, des fléchettes, le billard, des exercices thérapeutiques (kinésithérapie ou ergothérapie, étirements utilisé un appareil de verticalisation) ou autres activités similaires? 1. Jamais (passer à la question 4) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces activités de loisirs de faible intensité? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h		x 3 = 	



4. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des sports ou des activités de loisirs d'intensité modérée tels que le tennis de table, le golf sans voiturette, des danses de salon, fait du fauteuil roulant, êtes-vous sorti de chez vous pour le plaisir ou autres activités similaires? 1. Jamais (passer à la question 5) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces activités de loisirs d'intensité modérée? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h		x 4 =
5. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des sports ou des activités de loisirs d'intensité intenses tels que la course à pied, la course en fauteuil roulant (entraînement), la randonnée, la natation, la zumba, la manivelle à bras, le vélo, le tennis en simple, le basket, la marche avec béquille ou orthèses, ou autres activités similaires? 1. Jamais (passer à la question 6) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces activités de loisirs d'intensité intense? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h		x 8 =
6. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous pratiqué des exercices spécifiques pour augmenter la force musculaire et l'endurance tels que soulever des poids, faire des pompes, des exercices de traction, des exercices en fauteuil roulant, etc.? 1. Jamais (passer à la question 7) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces exercices spécifiques de renforcement musculaire ou d'endurance? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h		x 5,5 =
Activités ménagères	Score	Score pondéré
7. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous fait des corvées ménagères d'intensité légère telles que faire la poussière, balayer le sol ou faire la vaisselle ? 1. Jamais (passer à la question 8) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités ? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces tâches ménagères ? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h		x 1,5 =



8. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous fait des corvées ménagères d'intensité importance telles que passer l'aspirateur, frotter par terre, laver les vitres ou les murs, etc. ? 1. Jamais (passer à la question 9) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités ? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à ces tâches ménagères d'intensité importante ? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h	 x 4 =
9. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous fait du bricolage à la maison, tel que la menuiserie, la peinture, la restauration de meubles, des travaux d'électricité, etc. ? 1. Jamais (passer à la question 10) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités ? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à pratiquer ces activités de bricolage ? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h	 x 4 =
10. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous fait des travaux d'entretien extérieur, tels que tondre la pelouse ou nettoyer votre cour, en incluant le fauchage, le ramassage de feuilles ou le déneigement, l'élagage d'arbres ou de buissons, ou la coupe de bois, etc. ? 1. Jamais (passer à la question 11) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités ? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à pratiquer ces travaux d'entretien extérieur ? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h	 x 4 =
11. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous fait du jardinage? 1. Jamais (passer à la question 12) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées au jardinage? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h	 x 4 =



12. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous occupé d'une autre personne, telle qu'un enfant, un conjoint dépendant ou un autre adulte ? 1. Jamais (passer à la question 13) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités ? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous consacrées à vous occuper d'une autre personne ? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h		x 1,5 =
	c	C 14.7
Activité professionnelle	Score	Score pondéré
13. Durant les 7 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous travaillé de façon bénévole ou rémunérée (en excluant les travaux sédentaires avec position assises prolongée et seulement quelques mouvements des bras, comme les travaux de bureau ou sur un ordinateur, le travail à la chaîne de faible intensité, la conduite de bus ou de camionnette, etc.)? 1. Jamais (passer à la question 14) 2. Rarement (1 à 2j) 3. Parfois (3-4j) 4. Souvent (5-7j) Quelles étaient ces activités? En moyenne, combien d'heures par jour avez-vous travaillées de façon bénévole ou rémunérée? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h		x 2,5 =
1. World a dire field 6 2. De 111 d 211 3. De 2 d 411 4. Flus de 411		
SCORE SAPPIP		
(somme des scores pondérés en METs.hr/jr)		METs.hr/jr

Intérêt : évaluer l'intensité d'activité physique en METS.hr/jr des personnes ayant une incapacité physique.



Test des Errances Multiples (TEM)

Shallice & Burgess (1991), adapté en langue française par F. Le Thiec, C. Jokic (1999)

Série de tâches à réaliser, selon des règles précises, dans un secteur piétionnier.

Description des tâches

Acheter 6 objets (une bobine de fil bleu marine, une demi-baguette, une livre de pommes, une paire de chaussette taille 27-30, un paquet de graines de salade, un kilo de farine) dans les magasins du secteur commerçant délimité.

Se trouver devant la banque 15 minutes après le début de l'épreuve.

Recueillir des informations et les inscrire sur une carte postale à envoyer par la poste à un des membres de l'équipe dont l'adresse est sur la fiche. Il s'agit du nom du magasin exposant l'article le plus cher du secteur marchand, le prix d'une livre de tomates, le nom de la ville de France où l'on prévoit la température la plus basse le matin du jour de l'épreuve, le taux de change de la livre sterling en euros de la veille.

Déroulement de l'épreuve

Premier temps: l'examinateur lit au sujet l'ensemble des tâches et consignes jusqu'à parfaite compréhension. Une fiche comportant la liste des tâches et consignes ainsi que le plan du secteur commerçant autorisé lui est remise. Le patient conserve la fiche toute la sortie. Avant le départ, il reçoit 15 euros, un stylo et l'examinateur s'assure qu'il porte une montre.

Deuxième temps : le sujet est conduit sur le lieu de l'épreuve qui débute toujours au même endroit ; les examinateurs s'assurent à nouveau de la compréhension des consignes et des limites autorisées. Tout en restant neutre, 2 évaluateurs accompagnent en permanence le patient sans entrer dans les magasins. Ils lui signifient le début de l'épreuve et notent tout au long du test.

Troisième temps : un entretien post test permet de juger des capacités d'autocritique du sujet face à ses performances.



Analyse quantitative

Le score est le nombre d'erreurs par catégorie Le score pondéré reflète le degré de gravité de l'erreur	Ne pas remplir		
Inefficience ou stratégie	Score	Score pondéré	
1. Entrée > 1 fois dans le même magasin		x 1 =	
2. Dépendance aux observateurs pour prendre une décision		x 1 =	
3. Achat supplémentaire		x 1 =	
4. Trajet supplémentaire par rapport à un trajet idéal (1/3 de parcours inutile, une traversée, aller/retour de route inutile, changement de direction inutile)		x 1 =	
Rupture de convention	Score	Score pondéré	
1. Achat non signalé		x 1 =	
2. Entrée dans un magasin sans y effectuer un achat		x 1 =	
3. Entrée dans un magasin inapproprié		x 1 =	
4. Sortie du secteur autorisé		x 1 =	
5. Non-respect de la consigne « prendre le moins cher »		x 1 =	
Erreurs d'interprétation		x 1 =	
Échecs d'exécution	Score	Score pondéré	
1. Article non acheté			
2. Retard au rendez-vous > 5 minutes			
3. Oubli de se rendre au rendez-vous			
4. Échec partiel au recueil des informations			
5. Échec total au recueil des informations mais avec recherche			
6. Échec total au recueil des informations sans recherche			
7. Échec avec comportement inapproprié et stratégies étranges			
SCORE TEM (somme des scores pondérés du nombre d'erreurs)			

Les témoins ont un score du nombre d'erreurs maximum de 14 (+ ou -2.2).

Analyse qualitative (découle de l'observation du comportement au cours de l'épreuve)			

Intérêt : évaluer un dysfonctionnement cognitif, lors d'une activité écologique.



Évaluation de la motivation au changement PROCHASKA

Selon la théorie de Prochaska et DiClemente

« Coter la motivation que vous avez à modifier votre comportement »

Stade 1 : Pré contemplation	Je n'envisage pas de devenir actif, je ne me sens pas concerné par le problème.	
Stade 2 : Contemplation	Je n'ai pas conscience du problème et je n'ai pas l'intention de m'en occuper, toutefois je pèse les avantages et les inconvénients.	
Stade 3 : Préparation	J'ai décidé d'être plus actif et je suis prêt à le devenir, j'ai déjà fait des petits changements.	
Stade 4 : Action	Je suis actif et j'ai modifié mon comportement.	
Stade 5 : Maintien	J'ai intégré mon nouveau comportement dans ma vie et je maintien le changement.	

Intérêt : évaluer la motivation à amorcer un changement.



Perception des Activités Physiques du Quotidien en Ergothérapie (PAPQE) © Marion Couespel, Isabelle Marchalot (2017)

Évaluation à destination des ergothérapeutes, afin de favoriser la promotion de l'activité physique du quotidien des personnes ayant une ALD.

Tout au long de votre journée, vous dépensez de l'énergie dans des activités du quotidien. Une activité est plus ou moins intense suivant la dépense énergétique induite. La dépense énergétique de l'activité est alors exprimée dans une unité de mesure appelée le MET. Toutes les activités physiques sont référencées de façon générique dans une classification (Compendium des activités physiques, Ainsworth 2011).

Mais, cette classification ne tient pas compte de votre état de santé.

<u>Exemple</u>: l'activité « se déshabiller assis » référencée comme intensité très faible (≤ 3 MET), peut être perçue par une personne atteinte de maladie chronique comme une activité d'intensité modérée (>XX MET) où elle dépense plus d'énergie qu'une personne lambda, en mettant plus de temps, en ayant plus de difficultés à mobiliser son corps.

Voici un outil proposé pour évaluer, en ergothérapie, vos niveaux d'activité physique et de dépense énergétique du quotidien, corrigés en fonction de votre état de santé.

Cette évaluation se base sur des études scientifiques. Elle a été mise au point dans le cadre d'un mémoire étudiant, en collaboration avec le directeur de mémoire.

Mieux vous connaître permet, en ergothérapie, de réfléchir ensemble à ce que vous pourriez mettre en place dans votre quotidien pour maintenir un niveau d'activité physique, bénéfique à votre santé.

Explication de la grille « PAPQE »

- Les colonnes 1 / 2 / 4 / 5 / 6 concernent la personne.
- Les colonnes 3 / 7 concernent l'ergothérapeute (le Compendium des activités physiques permet d'identifier les MET correspondant à l'activité).

<u>À noter</u> : la majeure partie des colonnes concerne la perception de la personne, l'ergothérapeute peut être présent pour guider la personne.

Outils mis à disposition pour remplir la grille « PAPQE »

- Fiche d'aide à la cotation pour la personne évaluée.
- Grille de cotation de l'intensité générique. Classement d'après Oncolie et/ou Cotation détaillée Compendium. Trame qui peut aider la personne à trouver ses activités physiques, et l'ergothérapeute à indiquer l'intensité générique.
- Fiche d'aide à la cotation pour l'ergothérapeute.
- Fiche « Recueil des durées (en mn) d'activités physiques par jour / par semaine ».

Synthèse remise à la personne « vos activités physiques », en lien avec les recommandations de l'OMS.



Grille « PAPQE »

Remplie par la personne Remplie par l'ergothérapeute

Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7
Vos activités physiques	Fréquences / Rythme / Durée de l'activité (min)	Intensité générique Oncolie / Compendium (en MET)	Perception de l'effort Échelle de Borg (0-10)	Perception de la fatigue Échelle Numérique Fatigue (1-5)	Perception de la parole (1 à 3)	Intensité relative perçue (Equivalence en MET)
De soins personnels (Hygiène, mobilité, gestion vie sociale)						
De production (Travail, activité scolaire, gestion du foyer)						
Ex : passer l'aspirateur	1/sem, lent, 30 min	2,5 MET	6 (difficile)	3 (modérée)	2	
De loisirs (Tranquille, actif, social)						



Fiche d'aide à la cotation du PAPQE par la personne évaluée

Colonne 1:

Indiquez vos activités physiques. Il est important de choisir les activités physiques pratiquées actuellement dans votre vie quotidienne. Vous pouvez penser à une journée type.

- Activité physique dite de soin personnel (hygiène, mobilité pour sortir du lit, aller au travail, à l'école, aux courses, gérer vos réparations, vos comptes, etc.)
- Activité physique de travail (profession, déplacer charge, etc.)
- Activité physique de loisirs (sculpture, jardinage, chorale, sport, etc.).

« Quelles sont vos activités physiques habituelles ? »

L'ergothérapeute peut vous aider à trouver vos activités physiques habituelles grâce à :

- Ses connaissances sur les diverses activités physiques ;
- La grille de cotation simplifiée, rapide mais qui ne recense pas toutes les activités physiques : le Classement d'après Oncolie ;
- La grille de cotation détaillée, qui recense la plupart des activités physiques : le *Compendium des Activités Physiques d'Ainsworth*.

Colonne 2:

Renseigner les caractéristiques des activités (fréquence, rythme et durée).

« Combien de fois par jour/par semaine faites-vous cette activité ? À quel rythme ? Pendant combien de temps ? »

Colonne 3:

Référez-vous aux grilles Classement d'après Oncolie (cotation simplifiée) ou Compendium des Activités Physiques d'Ainsworth (cotation détaillée), afin de déterminer l'intensité générique de l'activité physique (valeur en MET qui est communément allouée à cette activité).

Colonnes 4, 5 et 6:

Renseignez ces colonnes, à partir des échelles de la perception de la difficulté, de la fatigue et de la parole (Cf ci-dessous).



Colonne 4 : échelle de perception de la difficulté

Extraite test de Borg / Category Ratio CR10

« Coter l'effort ressenti pendant l'activité physique sur cette échelle de 1 à 10 ».

Classification	Description
0	
1	Très très facile
2	Facile
3	Modéré
4	Assez difficile
5	Difficile
6	-
7	Très difficile
8	-
9	-
1.0	Maximal

Remarque : exclure la valeur 0 qui ne peut pas traduire une activité physique.

Colonne 5 : échelle de perception de la fatigue

dans « Le guide de l'énergie : vers une meilleure gestion de la fatigue ».

Extraite de l'Échelle Numérique de la Fatigue (ENF)
D'après l'IRDPQ (Institut de Réadaptation en Déficience Physique du Québec, 2014),

« Coter la fatigue ressentie pendant l'activité physique sur cette échelle de 1 à 5 ».

1	« Je me sens reposé. Je fonctionne bien. Je contrôle la situation »				
2	« Je ressens une fatigue légère qui a peu d'impact sur mes activités. Je dois ralentir le rythme »				
3	« Je ressens une fatigue modérée. Je dois modifier mes activités » (ajouter des pauses, répartir des tâches)				
4	« Je ressens une fatigue importante. Je dois me reposer »				
5	« Je me sens épuisé. Je ne fonctionne plus. J'ai perdu le contrôle. Je dois demander de l'aide »				

Colonne 6 : échelle de perception de la répercussion de l'effort sur la parole Extraite de CAPCV

« Coter la répercussion de l'effort sur la parole sur cette échelle de 1 à 3 ».

Intensité de l'activité (en MET)	Cotation	Indicateurs simples d'intensité	
Légère (1 à 2.9 MET)	1	« Je peux facilement chanter »	
Modérée (3 à 5.9 MET)	2	« Je peux tenir une conversation et faire des phrases courtes »	
Intense (6 MET et +)	3	« Je ne peux dire que quelques mots »	



Fiche d'aide à la cotation du PAPQE par l'ergothérapeute

Colonne 3:

Référez-vous aux grilles Classement d'après Oncolie (cotation simplifiée) ou Compendium des Activités Physiques d'Ainsworth (cotation détaillée), afin de déterminer l'intensité générique de l'activité physique (valeur en MET qui est communément allouée à cette activité).

Colonne 7 : Proposition d'une aide à la détermination de l'intensité relative perçue.

Nous émettons l'hypothèse qu'en vous référant au tableau ci-dessous, vous pouvez mettre en avant une intensité non plus générique, mais relative perçue de l'activité physique. Cette valeur en MET relative est allouée en fonction de la perception par la personne de son niveau d'effort, de fatigue et de parole, lors de l'activité.

Il vous sera parfois nécessaire de trancher entre 2 niveaux, sachez que dans la littérature le test de perception de l'effort est plus cité que les deux autres, mais que l'échelle de la perception de la répercussion de l'effort sur la parole est validée.

Proposition d'un tableau de corrélation (Issu d'une revue de littérature scientifique)

Perception de l'effort /10	0 – 1	2	3 - 4	5 - 6	7 – 8 - 9 - 10
Perception de la fatigue /5	1	2	3	4	5
Perception de la parole /3	1	2	2 (<5.9 MET) / 3 (>5.9 MET)	3	3
	Û	Û	Û	Û	Û
Intensité perçue à noter dans la colonne 7	Très faible <3	Faible > 3 MET et < 5 MET	Moyen modérée 5 MET et <7 MET	Elevée Soutenue >7MET et < 9MET	Très élevée > 9 MET

<u>Exemple</u>: passer l'aspirateur, effort perçu à 6 (difficile), fatigue perçue à 3 et répercussion de l'effort sur la parole perçue à 2. Pour cette personne, cette activité physique est d'intensité corrigée modérée (> 5 et < 7 MET).



Extrait du Compendium (Ainsworth, 2011) déterminant l'intensité générique d'une activité

Les codes et MET en italique vert sont des valeurs estimées.

Code	MET	Grandes rubriques	Activités spécifiques
5025	2,8		Multiples tâches ménagères en même temps, effort léger
5026	3,5		Multiples tâches ménagères en même temps, effort modéré
5027	4,3		Multiples tâches ménagères en même temps, effort vigoureux
5030	3,3		Nettoyage, maison ou cabane, général, effort modéré
5032	2,3		Époussetage ou cirage des meubles, général
5035	3,3		Activités de cuisine, en général (par ex : cuisiner, laver la vaisselle, nettoyer), effort modéré
5040	2,5		Nettoyage, général (ranger, changer les draps, sortir les poubelles), effort léger
5041	1,8	Activités domestiques	Faire la vaisselle, debout ou en général (non classé en composant debout/marche)
5042	2,5		Faire la vaisselle, débarrasser les plats de la table, marcher, effort léger
5183	2,0		Être debout, porter un enfant
5184	2,5		S'occuper d'enfants, nourrisson, général
5185	2,0		S'occuper d'enfants, assis/à genoux (par ex : habiller, baigner, préparer, nourrir, soulever occasionnellement l'enfant) effort léger, général
5186	3,0		S'occuper d'enfants, debout (par ex : habiller, baigner, préparer, nourrir, soulever occasionnellement l'enfant) effort modéré
5188	1,5		Être allongé avec un bébé
5189	2,0		Allaiter, assise ou allongée
5190	2,5		Être assis, jouer avec des animaux, effort léger, périodes actives uniquement
6144	3,0		Réparer des appareils
6150	5,0	Réparations	Peindre, extérieur de la maison (code Taylor 650)
6160	3,3	domestiques	Peindre, intérieur de la maison, papier peint, décapage de peinture
7026	1,3	lnactivité, repos /	Être assis à un bureau, la tête dans les mains
7030	1,0	effort léger	Dormir
8145	4,3		Planter des cultures ou jardiner, penché, effort modéré
8150	4,5	Pelouse et jardin	Planter des arbres
8160	3,8	Ratisser la pelouse ou des feuilles, effort modér	
8165	4,0		Ratisser la pelouse (code Taylor 600)



9100	1,8	Divers	Activités de repos/réunions de famille impliquant de s'asseoir, de se détendre, de parler et de manger
9101	3,0	Divers	Activités de repos/réunions de famille impliquant de jouer avec des enfants
10070	2,3	laa. da la	Piano, assis
10074	2,0	Jouer de la musique	Jouer d'un instrument de musique, général
11003	2,3	D (.	Poste de travail actif, bureau sur tapis roulant, marcher
11145	7,8	Profession	Agriculture, effort vigoureux (par ex : fabriquer des bottes de foin, nettoyer une grange)
12190	8,0	Course	Courir, entraînement, pousser un fauteuil roulant ou landau



Cotation simplifiée d'après Oncolie

(réseau cancérologie Franche-Comté)

Classement des activités physiques par valeur de dépense énergétique approximative, en MET

Traduction française : Damien Paineau - Danone Research, France & Anne Vuillemin - Université de Lorraine, EA 4360 Apemac, Faculté du Sport, France.

	-800 - 220	1 - 100 Marie	D. SHOWE	
Très faible	Faible	Moyen	élevée	Tres elevee
≤ 3 METS	>3 METS et ≤ 5 METS	>5 METS et ≤ 7 METS	>7 METS et ≤ 9 METS	> 9 METS
		Activités domestiques		
□Se doucher, se raser, s' habiller □Ecrire □Repasser □Dépoussiérer □Laver les vitres □Faire les lits □Cuisiner, faire la vaisselle, faire les courses □Réparer et laver la voiture	□Passer I' aspirateur □Balayer lentement □Cirer le parquet □Porter des charges jusqu' à 6 kg en montant les escaliers □Nettoyer	□Porter des charges de 7 à 10 kg en montant les escaliers	□Porter des charges de11 à 22 kg en montant les escaliers □Grimper des escaliers, une échelle, avec charges	□Porter des charges de 22 à 33 kg en montant les escaliers
		Activités d'entrainement et sportives		I. i
□Marche 4 km/h	□Marche 6 km/h □Bicyclette à plat (moins de 16 km/h)	□Marche rapide 7 km/h □Marche en montée 5 km/h	□Trottinement (8 km/h) □Bicyclette (20 à 22 km/h)	□Course (11 km/h) □Plongée sous-marine
□Stretching, Yoga □Equitation (au pas) □Bowling	□Gym légère □Tennis de table □Golf □Volley-ball à 6 (hors compétition) □Badminton □Ski de descente □Canoë (loisirs) □Aquagym	□Bicyclette statique à faible résistance □Bicyclette à plat (16 à moins de 20 km/h) □Entraînement en club de mise en forme □Natation (brasse lente) □Rameur □Equitation (trot) □Tennis en double (hors compétition) □Ski de randonnée □Patins à glace, patins à roulettes □Escrime □Ski nautique □Jeu de raquettes	□Gymnastique intense □Natation (Crawl lent) □Tennis en simple (hors compétition) □Football □Corde à sauter rythme lent □Escalade, varappe	□Natation (papillon, autres nages rapides) □Canoĕ, aviron en compétition □Handball □Rugby □Squash □Judo
		Activités de loisirs		
□Jardinage léger : tonte de gazon sur tracteur, ramassage de fruits et légumes □Bricolage : menuiserie, peinture intérieure □Conduite automobile □Billard □Croquet □Voyages, tourismes □Piano □Frappe machine □Jeux avec des enfants (effort léger), porter de jeunes enfants □Jeux avec des animaux (effort léger) □Danse de société à rythme modéré □Activité sexuelle	□Jardinage: -Taille d' arbuste -Semailles -Ratissage de pelouse -Bêchage en terre légère -Désherber, cultiver son jardin -Usage d' une tondeuse autotractée □Pêcher à la ligne □Chasser □Marcher, courir avec des enfants	□Jardinage: -Usage d'une tondeuse manuelle à plat -Conduite d'un petit motoculteur -Pelletage de neige □Bricolage: -Scier du bois □Danse à rythme rapide	□Bricolage: -Port de briques -Travaux de menuiserie lourde -Déménagement	



Fiche d'aide à la prescription d'un dispositif technique de compensation favorisant l'activité physique

Cor	ncernant Mme / M	Date :
Avi	<mark>s du patient</mark> (verbalisation	n de l'attente et identification des besoins)
Obi	ectif en ergothérapie	
		a été reçu en date duavec plusieurs objectifs.
		fourniture de dispositif technique de compensation rvation des situations de restriction occupationnelle, identification des facteurs de risque,
	Procéder à des essais (listing des essais avec relevé	des avantages et inconvénients des dispositifs)
1.		
	Avantages	
	Inconvénients	
2.		
	Avantages	
	Inconvénients	
3.		
	Avantages	
	Inconvénients	



☐ Déterminer le dispositif technique destiné à l'usage exclusif du patient	
Choix:	
Remarques éventuelles :	
☐ Éduquer	
Mme / M a expérimenté la mise en place du dispositif, a été tenu au courant des contraintes inhérentes au dispositif et des directives en matière d'hygiène.	
☐ Transmettre pour prescription	
Argumentaire transmis pour aide à la prescription au Dr en date du	
Le patient a été informé de son libre choix du fournisseur pouvant lui délivrer le dispositif.	

BIBLIOGRAPHIE

- Ainsworth, B.E., Haskell, W.L., Herrmann, S.D., Meckes, N., Bassett, D.R., Tudor-Locke, C., Greer, J.L., Vezina, J., Whitt-Glover, M.C., & Leon, A.S. (2011). Compendium of Physical Activities: a seconde update of codes and MET values. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 43*(8), 1575-1581.
- Anaby, D.R., Backman, C.L., & Jarus, T. (2010). Measuring occupational balance: a theoretical exploration of two approaches. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77 (5), 280-288.
- ANAES (1999). Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte. Disponible sur le site : https://www.has-sante.fr/.../evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-ladulte
- Antoine-Jonville, S., Vuillemin, A., & Hue, O. (2015). Bioenergetic quantification and qualification of physical activity for public health recommendations. *Nutrition Clinique et métabolisme*, 29 (2), 69-76.
- Barisic, A, Leatherdale, ST, & Kreiger, N. (2011). Importance of frequency, intensity, time and type (FITT), Physical activity assessment for epidemiological research. *Can J Public Health*, 102(3), 174-75.
- Basset, F., Chouinard, R. (200). Intégration de l'échelle de perception de l'effort dans le processus de contrôle de la charge d'entraînement : le cas de la course de demi-fond/fond. La charge de travail en sport de haut niveau. *Les Cahiers de l'INSEP, 33,* 255-266.
- Borg, G.A. (1962). Physical performance and perceived exertion. Lund: Gleerup, 1-63.
- Borg, G. (1970). Perceived exertion as an indicator of somatic stress. Scand J Rehabil Med, 2(2), 92-98.
- Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 14, 377-381.

- Bouchard, C., Shephard, R.J., & Stephens, T. (1994). Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement. *American Journal of Human Biology, 6* (5), 675-676.
- Brissot, R., Leplaideur, S., Labeix, P., & Costes, F. (novembre 2010). Fatigue générale, fatigabilité... que ressentent nos patients ? Revue des maladies respiratoires Actualités, 2(6), 571-573.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E., & Chistenson, G.M. (1985). Physical Activity, exercice, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep, 100,* 126-31.
- Castelein, P. (2016). L'évaluation systémique des aptitudes professionnelles (ESAPà. In E. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités.* Louvain le Neuve : De Boeck Supérieur.
- Church, T.S., Thomas, D.M., Tudor-Locke, C. Katzmarzyk, P.T., Earnest, C.P., Rodarte, R.Q., Martin, C.K., Blair, S.N., & Bouchard, C. (2011). Trends over 5 decades in U.S. Occupation-related physical activity and their associations with obesity. *PLOS One*, 6 (5), e19657-1 e196577.
- CLFHTA (2002). Je me dépense pour soigner ma tension, activité physique ou sportive chez le sujet hypertendu. [Brochure] CLFHTA, 8 p.
- Couespel, M. (2017). Promouvoir l'activité physique : un enjeu pour l'ergothérapie. Mémoire ergothérapie. Rennes IFPEK. Disponible sur internet : http://ifpek.centredoc.org/doc_num.php?explnum_id=1569 (mauvais lien)
- Debouverie, M., Pittion-Vouyovitch, S., & Guillemin, F. (2009). Reconsidering fatigue at the onset of multiple sclerosis. *Revue Neurologique*, 165 (S4), 135-144.
- Ferland, F. (2015). L'activité au cœur du développement de la personne. In M.C. Morel-Bracq, E. Trouvé, E. Offenstein, E. Quevillon, K. Riguet, H. Hernandez, Y. Ung, & C. Gras, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* Paris : De Boeck-Solal.
- HAS (2011). Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Saint-Denis la Plaine : HAS (Haute Autorité de Santé). Disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c 964941/surpoids-etobesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-note-de-cadrage
- HAS (2014). Parcours de soins Maladie chronique Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Saint-Denis la Plaine : HAS (Haute Autorité de Santé). Disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e-version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf
- INSERM (2008). Activité Physique, Contextes et effets sur la santé, Une expertise collective de l'INSERM. Les éditions INSERM, Paris.
- INSPQ (2007). Intensité de pratique d'activité physique : définitions et commentaires. Disponible sur internet : https://www.inspq.qc.ca/publications/591
- IRDPQ (2014). Le guide de l'énergie, vers une meilleure gestion de la fatigue. Québec.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: theory and application*. Fourth edition. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Lafayette instruments Owner's Manual (1986). Hand Grip Strength Test.

- Laure, P. (2007). Activités physiques et santé. Edition ELLIPSES.
- Law, M. (1994). Canadian Occupational Performance Mesure (MCRO). 2nd ed. Toronto: CAOT Publications ACE. Disponible sur le site: http://www.thecopm.ca/
- Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186.
- Le Thiec, F., Jokic, C. (1999). Évaluation écologique des fonctions exécutives chez les traumatisés crâniens graves : pour une meilleure approche du handicap. *Ann de réadaptaton et de médecine physique*, 42, 1-18.
- Lundin-Ilsson, L. (1997). Stops Walking When Talking as a predictor of falls in elderly people. *Lancet*, 349, 617.
- Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation. Paris : De Boeck-Solal.
- Moll, S.E., Gewurtz, R.E., Krupa, T.M., Law, M.C. Larivière, N., & Levasseur, M. (2015). « Do-Live-WII » : a Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 82* (1) 9-23.
- Montpetit, L. (2009). Se libérer de la fatigue persistante. Les Éditions de l'Homme. Montréal.
- Morel-Bracq, M.C. (2001). Activité et qualité de vie, la théorie du Flow. Ergothérapies. 4, 19-25.
- Morel-Bracq, M.C., Trouvé, E., Offenstein, E., Quevillon, E., Ung, Y., & Gras, C. (2015). L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? Paris : De Boeck-Solal.
- Morishita, S., Yamauchi, S., Fujisawa, C., & Domen, K. (2013). Rating of Perceived Exertion for Quantification of the Intensity of Resistance Exercise. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 1 (172), 9.
- OEQ (2008). L'activité: un besoin fondamental de l'être humain. Montréal (Québec).
- OMS & Agence de santé publique du Canada (2006). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital.* Éditions de l'OMS, Genève. Disponible sur internet : http://www.who.int/chp/chronic disease report/part1/fr/
- OMS (s.d.). Activité Physique.

 Disponible sur internet : http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/
- OMS (2010). Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Éditions de l'OMS, Suisse.
- OMS (2017). 10 faits sur l'activité physique. Accessible sur : http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/fr/
- Pate, R.R., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G.W., King, A.C. (1995). Physical activity in public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273 (5), 402-407.
- Pierce, D. (2016). La science de l'occupation pour l'ergothérapie. Louvain la Neuve : De Boeck Supérieur.

- Powell, Le, Myers, A.M. (1995). The Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 50A: A: 8.
- Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. (1968). Toward a comprehensive model of change. In W.R., Miller, N., Heather. *Treating addictive Behaviors: processes of Change* (3-27). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12 (1), 38-48.
- Rostan, F., Simon, C., Ulmer, Z., & Le-Luong, T. (2011). *Promouvoir l'activité physique des jeunes.* Elaborer et développer un projet type lcaps. Coll. La santé en action, INPES, 188 p.
- Seematter, L. (2011). Promotion de l'activité physique : centre d'observation et d'analyse du vieillissement (COAV), p 10.
- Shustermann, R. (2007). Conscience du corps pour une soma-esthétique. Paris : L'éclat.
- Tabor Connor, L., Wolf, T., Foster, E., Hildebrand, M., & Baum, C. (2016). Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap. In D. Pierce *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p. 125-137). Louvain la Neuve : De Boeck Supérieur.
- Wagman, P. (2012). Validating the Model of Lifestyle Balance on a working Swedish population. Journal of Occupational Science, 19, 106-114.
- Washburn, R.A., Zhu, W., McAuley, E., Frogley, M., & Figoni, S.F. (2002). The physical Activity Scale for individuals with physical disabilities: development and evaluation. Arch phys med Rehabilitation, 83 (2), 193-200.
- Weightman, M. (2015). Dual Tasting questionnaire Mild Traumatic Brain Injury Rehabilitation Toolkit. Chap 8, 321-333.

Décrets, arrêtés et rapports

- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute. Ministère des affaires sociales et de la santé, 2010 JORF n°0156 du 8 juillet 2010, page 12558, texte n°30. Disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&dateTexte=&categorieLien=id
- 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. Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016. JORF n°0304 du 31 décembre 2016. Texte 48 sur 155. Disponible sur internet :
 - https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/AFSP1637993D/jo/texte
- Instruction Interministérielle, 3 mars 2017. Instruction Interministérielle n°DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

- Rapport du groupe de travail « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? ». Rapport remis au Directeur Général de la Santé le 20 juin 2016. Disponible sur internet : http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport activite physique maladies chroniques.pdf
- Rapport HCSP, nov. 2009. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques. Paris : HCPS (Haut Comité de la Santé Publique). Disponible sur internet : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112 prisprotchronique.pdf

« On n'insistera jamais assez sur l'importance de l'activité physique pour maintenir ou améliorer sa qualité de vie »

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

CONTACT



Association Nationale Française des Ergothérapeutes

64 rue Nationale - CS 41362 75214 Paris Cedex 13 01 45 84 30 97 accueil@anfe.fr

www.anfe.fr