

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET AFFECTION DE LONGUE DURÉE



Artisans de votre liberté

L'ERGOTHÉRAPIE : une aide
à l'engagement



Guide à l'usage des prescripteurs :

- Aide à la prescription
- Évaluation
- Mise en œuvre
en ergothérapie

©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.

Ce guide décrit le rôle que joue l'ergothérapeute dans la promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé. Développé pour être concis, ce manuel est une synthèse des savoir-faire des ergothérapeutes français.

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 5**

Introduction

— **P 7**

Activité physique et ergothérapie

— **P 8**

Prescription d'ergothérapie

— **P 9**

Quels publics ? Quel niveau de limitation ?

— **P 11**

Évaluations disponibles en fonction du tableau des phénotypes

— **P 13**

Fiche de synthèse des évaluations réalisées par l'ergothérapeute

— **P 16**

Présentation des outils d'évaluation

— **P 39**

Bibliographie

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.



Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 précise les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée : elle est prescrite, sans remboursement, par le médecin traitant aux patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD).
« 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 programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui limitent leur pratique 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 est le cœur de métier des ergothérapeutes. Ils prennent toute leur place dans ce dispositif. Les ergothérapeutes participent à l'orientation vers l'activité physique la plus adaptée au profil occupationnel de la personne et/ou dispensent 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. Les ergothérapeutes évaluent le niveau d'activité physique relative.
- 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 capacités et habiletés dans 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 et/ou médicaux 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 de l'observance de la prescription.



Activité physique et ergothérapie

« Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2, les professionnels mentionnés au 2° de l'article D.1172-2 interviennent en complémentarité des professionnels de santé (...) dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers ».

Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016

Évaluation en ergothérapie : aide à la prescription

« 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 du sport ou de santé (Masseur-Kinésithérapeute, Psychomotricien et Ergothérapeute) ».

L'activité physique adaptée est « 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 ».

Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016

Prescription d'ergothérapie : promotion de l'activité physique au quotidien

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 »

Arrêté du 5 juillet 2010

« Une activité physique peut s'observer dans l'exercice d'une profession, au cours d'activités récréatives et de loisirs, de tâches domestiques ou d'activités sportives »

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'ergothérapeute identifie les freins et les leviers (moteurs, cognitifs, environnementaux, motivation, croyances,...) à l'engagement et permet de s'expérimenter en situation reproduisant le lieu de l'activité ou sur le lieu même de l'activité, afin **de lever les freins ou de motiver la personne à découvrir une autre façon d'être acteur de sa vie.**



Prescription d'ergothérapie

Prescrire une évaluation en ergothérapie, en cas de limitations sévères à modérées pour :

- **Établir** le répertoire occupationnel de la personne (de sédentaire à physiquement soutenue).
- **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 soutenue 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 (1968).
- **Déterminer**, si besoin, le dispositif technique de compensation garant d'une activité sécuritaire.
- **Aider** le médecin traitant à définir le phénotype fonctionnel du patient.

Prescrire des séances d'activité physique par un ergothérapeute, c'est favoriser l'engagement optimal en lien avec son état de santé :

- **Prendre en compte** la perception de la personne, la corrélér avec les habiletés déterminées par les évaluations pour ensuite travailler sur l'écart existant entre « *ce que la personne pense pouvoir faire* », et ce que les évaluations en ergothérapie mettent en avant.
- **Initier** une activité physique en cohérence avec l'état de santé de la personne.
- **Mettre en situation dans un lieu sécuritaire reproduisant les lieux de vie**, afin de s'expérimenter 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.

Quels publics ?

Aucune limitation ou limitation minimale

Les ergothérapeutes ont compétence pour :

- Établir 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 que l'on peut attendre d'elle.*

Limitation modérée

Reprise des points ci-dessus et à ce stade l'ergothérapeute a compétence 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** (physiques, cognitifs ou sociaux 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**.
- Élaborer 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.
- Évaluer 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 activité professionnelle et dans les loisirs.
- **Conseiller la personne et son entourage** 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 malgré une détérioration de l'état de santé / Personne qui ne perçoit pas comment maintenir des activités physiques avec ses déficiences et son handicap / Personne ayant besoin d'adaptation pour maintenir l'activité physique.*

Limitation sévère

Reprise des points ci-dessus en insistant sur :

- **Adapter l'activité** 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.

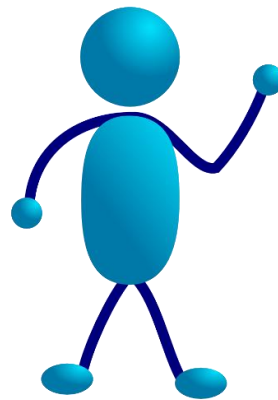
Public concerné : *Personne ou entourage ou réseau sollicitant une aide pour maintenir l'activité physique / Personne qui ne perçoit pas comment maintenir des activités physiques avec ses déficiences et son handicap / Personne ayant besoin d'un professionnel de santé pour adapter l'activité physique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

Maintenir une activité physique ? Mais docteur, comment ? Laquelle ?

Si j'avais la possibilité de fixer cette raquette sur ma main je pense que je pourrais poursuivre mon activité
"Tennis de table"

Exemples de situation d'activité physique problématique relevant d'une prescription d'ergothérapie

Mon conjoint veut absolument poursuivre la danse de salon, il tombe pourtant à chaque entraînement.
Comment l'aider ?
Que peut-il réellement faire ?
Devons-nous arrêter ?
Puis-je l'aider ?



Je ne fais plus d'activité physique, je n'ai plus le temps. Je fais juste mes activités du quotidien. Est-ce considéré comme de l'activité physique ?

Pas facile en vieillissant de s'adapter à mes changements d'habiletés. Comment rééquilibrer mes activités dans ma semaine pour avoir un équilibre occupationnel en lien avec mon état de santé ?

Évaluations disponibles en fonction du tableau des phénotypes fonctionnels

Annexe 2 du livret d'instruction interministérielle n° DGS//EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81

relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5

		Aucune limitation, limitation minimale, limitation modérée	Limitation sévère	Évaluations Ergothérapeutiques
Fonctions locomotrices	Fonction neuromusculaire	- Normale - Altération minimale 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 <i>(Non libre de droit)</i> ESAP « Capacité » <i>(Non libre de droit)</i>
	Force	- Normale - Baisse de force mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires - Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Hand Grip Strength <i>(Page 22)</i>
	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	
	Endurance à l'effort	- Pas de fatigue - Fatigue rapide après une activité physique intense - Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement	ENF <i>(Page 17)</i> Borg <i>(Page 18)</i>
	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	Distance parcourue inférieure à 150 m	SWWT <i>En complémentarité des tests de marche</i> <i>(Page 24)</i>

		Aucune limitation, limitation minimale, limitation modérée	Limitation sévère	Évaluations Ergothérapeutiques
Fonctions cérébrales	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 <i>(Page 29)</i> SWWT <i>(Page 24)</i> ESAP « Capacité » <i>(Non libre de droit)</i> DTQ <i>(Page 23)</i>
	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 <i>(Page 20)</i> ESAP « Capacité » <i>(Non libre de droit)</i>
	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 minimale, limitation modérée	Limitation sévère	Évaluations Ergothérapeutiques
Fonctions sensorielles + douleur	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 familial	- Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture - Circulation seul impossible dans un environnement non familial	
	Fonction sensitive	-Stimulations sensibles perçues et localisées -Stimulations sensibles perçues mais mal localisées -Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles 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 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	Douleur constante avec ou sans activité	EN (Page 19)

Évaluations complémentaires

		Aucune limitation, limitation minimale, limitation modérée	Limitation sévère	Évaluations Ergothérapeutiques
Analyse supplémentaire	Mise en avant de l'activité physique problématique	Recherche et identification des situations à problème limitant l'activité		MCRO (Non libre de droit)
	Impact de la pathologie sur la réalisation d'une activité			AMPS (Non libre de droit)
	Percevoir la volition, l'habituatation et les capacités de performance			MOHOST (Non libre de droit)
	Environnement	-Leviers environnementaux à l'activité physique -Freins environnementaux à l'activité physique		ESAP « Exigences » (Non libre de droit)
	Analyse de l'activité en termes d'intensité	-Écart entre l'intensité générique de l'activité et l'intensité relative perçue par la personne - Recherche de l'équilibre occupationnel de la personne		PAPQE (Page 32)
	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 réalisées par l'ergothérapeute

Synthèse des évaluations en ergothérapie

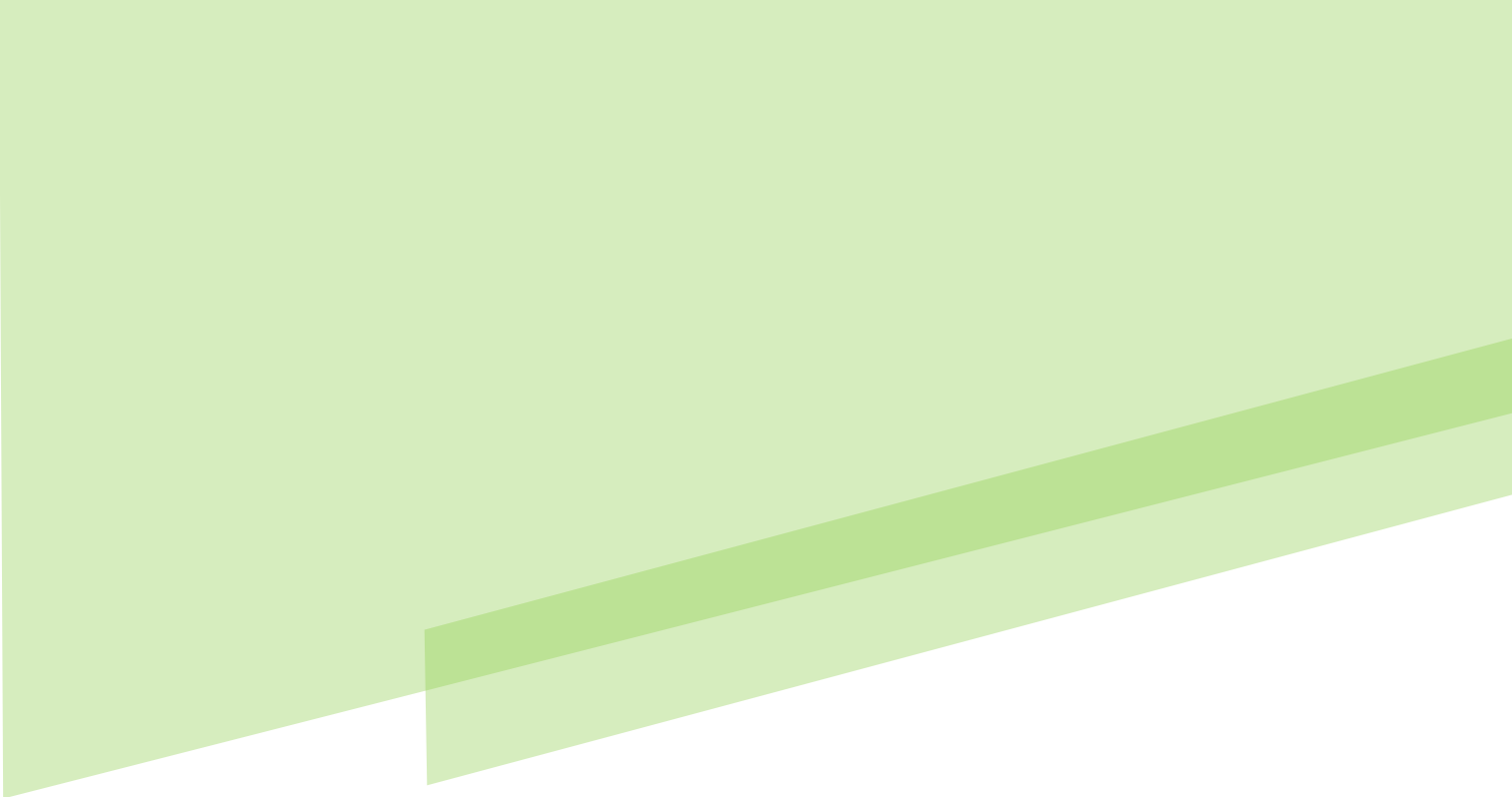
Tampon de l'ergothérapeute :	NOM - Prénom : Tél : Courriel : Médecin traitant :
-------------------------------------	--

Activité physique ciblée	Environnement en lien avec l'activité ESAP (exigence de l'environnement)
MCRO (détermination de l'activité physique problématique) Auto-évaluation de la personne de sa capacité à gérer l'activité <i>1 (incapable) à 10</i> Auto-évaluation de sa satisfaction en regard de sa capacité <i>1 (insatisfait) à 10</i> Intensité générique de cette activité <i>en MET</i>	Leviers environnementaux à l'activité physique : - - - Freins environnementaux à l'activité physique : - - -
Perception de la personne en regard de l'activité physique ciblée	Capacités évaluées par l'ergothérapeute
ENF (niveau de fatigue) <i>1 (reposé) à 5 (épuisé)</i> BORG (niveau de difficulté) <i>0 (facile) à 10</i> EN (niveau de douleur) <i>0 (absence) à 10</i> Cotation répercussion effort sur parole (équivalence débit parole/intensité activité ciblée) <i>De 1 (1 à 2 MET) à 3 (6 MET et +)</i> PAPQE (identification de l'intensité relative perçue de l'activité ciblée) <i>en MET</i>	Hand Grip Strength (dynamomètre Jamar) <i>en kg</i> SWWT (marche en réalisant une tâche) <i>0 (impossible) ou 1 (possible)</i> AMPS (analyse de la performance) Score moteur Score procédural Test des Errances Multiples (analyse des capacités cognitives en activité journalière) <i>Norme < 14 erreurs (+ 2.2)</i> ESAP (capacités en fonctionnement) <i>De 4 (normal) à 0</i> - Sensorielles - Cérébrales - Locomotrices - Résistance CS-PFP10 (performance dans activité physique du quotidien) <i>De 0 à 100 (max)</i>

Perception de la personne dans son quotidien	
SAPPPIP 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 compensation nécessaire à l'activité	
☐ Oui ☐ Non Si oui, fournir au médecin traitant la fiche « Dispositif technique de compensation ».	
Type d'adaptation :	
Synthèse de l'ergothérapeute	
(écart entre la perception de la personne et les évaluations, freins et leviers pour accéder à l'activité physique, dispositif technique ou médical souhaité, environnement 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)

NOM :

Prénom :

Ergothérapeute :

Échelle Numérique du niveau de Fatigue : ENF

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 »

Date :	Date :	Date :	Date :
--------	--------	--------	--------

Situation problème 1 :
 « Cotez de 1 à 5 votre fatigue »

Score : /5	Score : /5	Score : /5	Score : /5
------------	------------	------------	------------

Situation problème 2 :
 « Cotez de 1 à 5 votre fatigue »

Score : /5	Score : /5	Score : /5	Score : /5
------------	------------	------------	------------

Situation problème 3 :
 « Cotez de 1 à 5 votre fatigue »

Score : /5	Score : /5	Score : /5	Score : /5
------------	------------	------------	------------

Situation problème 4 :
 « Cotez de 1 à 5 votre fatigue »

Score : /5	Score : /5	Score : /5	Score : /5
------------	------------	------------	------------

Situation problème 5 :
 « Cotez de 1 à 5 votre fatigue »

Score : /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 :

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

Date :	Date :	Date :	Date :
--------	--------	--------	--------

Situation problème 1 :

« Cotez de 0 à 10 votre perception de l'effort »

Score : /10	Score : /10	Score : /10	Score : /10
-------------	-------------	-------------	-------------

Situation problème 2 :

« Cotez de 0 à 10 votre perception de l'effort »

Score : /10	Score : /10	Score : /10	Score : /10
-------------	-------------	-------------	-------------

Situation problème 3 :

« Cotez de 0 à 10 votre perception de l'effort »

Score : /10	Score : /10	Score : /10	Score : /10
-------------	-------------	-------------	-------------

Situation problème 4 :

« Cotez de 0 à 10 votre perception de l'effort »

Score : /10	Score : /10	Score : /10	Score : /10
-------------	-------------	-------------	-------------

Situation problème 5 :

« Cotez de 0 à 10 votre perception de l'effort »

Score : /10	Score : /10	Score : /10	Score : /10
-------------	-------------	-------------	-------------

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

Échelle Numérique de la douleur en activité (EN)

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

NOM :

Prénom :

Ergothérapeute :

Date :

Date :

Date :

Date :

Situation problème 1 :

« Cotez de 0 à 10 votre douleur. 0 étant une absence de douleur et 10 une douleur intolérable »

Score : /10

Score : /10

Score : /10

Score : /10

Situation problème 2 :

« Cotez de 0 à 10 votre douleur. 0 étant une absence de douleur et 10 une douleur intolérable »

Score : /10

Score : /10

Score : /10

Score : /10

Situation problème 3 :

« Cotez de 0 à 10 votre douleur. 0 étant une absence de douleur et 10 une douleur intolérable »

Score : /10

Score : /10

Score : /10

Score : /10

Situation problème 4 :

« Cotez de 0 à 10 votre douleur. 0 étant une absence de douleur et 10 une douleur intolérable »

Score : /10

Score : /10

Score : /10

Score : /10

Situation problème 5 :

« Cotez de 0 à 10 votre douleur. 0 étant une absence de douleur et 10 une douleur intolérable »

Score : /10

Score : /10

Score : /10

Score : /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 Vieillessement (COAV)

NOM :

Prénom :

Ergothérapeute :

Tableau d'équivalence entre l'indicateur « débit de parole » et intensité de l'activité physique

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 »

Date :	Date :	Date :	Date :
--------	--------	--------	--------

Situation problème 1 :

« Cotez de 1 à 3 votre débit de parole »

Score : /3	Score : /3	Score : /3	Score : /3
------------	------------	------------	------------

Situation problème 2 :

« Cotez de 1 à 3 votre débit de parole »

Score : /3	Score : /3	Score : /3	Score : /3
------------	------------	------------	------------

Situation problème 3 :

« Cotez de 1 à 3 votre débit de parole »

Score : /3	Score : /3	Score : /3	Score : /3
------------	------------	------------	------------

Situation problème 4 :

« Cotez de 1 à 3 votre débit de parole »

Score : /3	Score : /3	Score : /3	Score : /3
------------	------------	------------	------------

Situation problème 5 :

« Cotez de 1 à 3 votre débit de parole »

Score : /3	Score : /3	Score : /3	Score : /3
------------	------------	------------	------------

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 – Dominant Hand	Male – Non Dominant Hand	Female – Dominant Hand	Female – Non 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 en date du		Score en 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)

NOM :

Prénom :

Ergothérapeute :

Les questions suivantes portent sur des problèmes que tout le monde rencontre de temps en temps, mais dont certains se produisent plus souvent.

Nous voudrions savoir à quelle fréquence cela vous est arrivé ces dernières semaines. Il y a 5 options de « très souvent » à « jamais » ou « non-applicable ». S'il vous plaît, entourez la réponse appropriée.

« Ces dernières semaines, avez-vous eu ces difficultés ? »

1. Prêter attention à plus d'une chose à la fois

Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
----------------	-----------	---------------------	------------	----------	----------------

2. Parler sans arrêter l'activité

Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
----------------	-----------	---------------------	------------	----------	----------------

3. Réaliser que d'autres personnes vous parlent quand vous faites une activité

Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
----------------	-----------	---------------------	------------	----------	----------------

4. Suivre ou participer à une conversation où plusieurs personnes parlent en même temps

Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
----------------	-----------	---------------------	------------	----------	----------------

5. Détériorer la qualité de marche, quand vous parlez ou écoutez quelqu'un

Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
----------------	-----------	---------------------	------------	----------	----------------

6. Être pris dans ses pensées, sans réaliser ce qui se passe autour de soi

Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
----------------	-----------	---------------------	------------	----------	----------------

7. Renverser un verre, lors de son transport

Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
----------------	-----------	---------------------	------------	----------	----------------

8. Renverser un verre, lors de son transport, lorsque vous parlez en même temps

Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
----------------	-----------	---------------------	------------	----------	----------------

9. Bousculer quelqu'un ou faire tomber des choses lorsque vous faites autre chose en même temps

Très souvent 4	Souvent 3	Occasionnellement 2	Rarement 1	Jamais 0	Non applicable
----------------	-----------	---------------------	------------	----------	----------------

10. Avoir des difficultés 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 personnes présentant des risques de chute s'arrêtent de marcher lorsqu'elles veulent parler.

Consigne :

1. Allez vous promener avec le patient sans vous entretenir avec lui, au début.
2. Au bout de quelques minutes, commencez une conversation et observez s'il s'arrête de marcher lorsqu'il vous répond.

Score : Si le patient s'immobilise tandis qu'il parle, cela signifie qu'il présente des risques de chute.

Ce test est très utile pour évaluer les risques chez les personnes particulièrement fragiles.

Date :	Date :	Date :	Date :
--------	--------	--------	--------

Indiquer si la personne est à risque de chute lorsqu'elle fait une double 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 ? 1. Jamais (passer à la question 2) 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 consacré à pratiquer ces activités sédentaires ? 1. Moins d'une heure 2. De 1h à 2h 3. De 2 à 4h 4. Plus de 4h	---	0
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 consacré 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 (<i>passer à la question 5</i>) 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 consacré 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 (<i>passer à la question 6</i>) 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 consacré 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 (<i>passer à la question 7</i>) 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 consacré 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 (<i>passer à la question 8</i>) 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 consacré 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 élevée telles que passer l'aspirateur, frotter par terre, laver les vitres ou les murs, etc. ? 1. Jamais (<i>passer à la question 9</i>) 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 consacré 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 (<i>passer à la question 10</i>) 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 consacré 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 (<i>passer à la question 11</i>) 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 consacré 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 (<i>passer à la question 12</i>) 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 consacré 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 (<i>passer à la question 13</i>) 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 consacré 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 = ---

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 (<i>passer à la question 14</i>) 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 travaillé 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 = ---
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 piétonnier.

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'examineur 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'examineur 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	<u>Ne pas remplir</u>	
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.

Exemple : 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).

À noter : 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 Oncologie / 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	-
10	Maximal

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

Colonne 5 : échelle de perception de la fatigue

Extraite de l'Échelle Numérique de la Fatigue (ENF)

D'après l'IRDPO (Institut de Réadaptation en Déficience Physique du Québec, 2014),
dans « Le guide de l'énergie : vers une meilleure gestion de la fatigue ».

« 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
	⇓	⇓	⇓	⇓	⇓
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

Exemple : 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).

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

Concernant Mme / M.

Date :

Avis du patient (verbalisation de l'attente et identification des besoins)

Objectif en ergothérapie

Mme / M. a été reçu en date du avec plusieurs objectifs.

☐ Évaluer les besoins pour fourniture de dispositif technique de compensation
(analyse de la demande, observation 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.
- 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-l-adulte>.
- 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. (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.
- Borg, G.A. (1962). Physical performance and perceived exertion. Lund : Gleeurup, 1-63.
- 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.
- Castelein, P. (2016). L'évaluation systémique des aptitudes professionnelles (ESAP). In É. Trouvé, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. Louvain la Neuve : De Boeck Supérieur.

- 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
- Debouverie, M., Pittion-Vouyovitch, S., & Guillemin, F. (2009). Reconsidering fatigue at the onset of multiple sclerosis. *Revue Neurologique*, 165(S4), 135-144.
- INSERM (2008). *Activité Physique, Contextes et effets sur la santé, Une expertise collective de l'INSERM*. Paris : Les éditions INSERM.
- INSPQ (2007). Intensité de pratique d'activité physique : définitions et commentaires. Disponible sur Internet : <https://www.inspq.qc.ca/publications/591>.
- IRDPQ (Institut de Réadaptation de Déficience Physique de Québec) (2014). *Le guide de l'énergie, vers une meilleure gestion de la fatigue*. Québec.
- Lafayette instruments Owner's Manual. (1986). *Hand Grip Strength Test*.
- Laure, P. (2007). *Activités physiques et santé*. Édition ELLIPSES.
- Law, M. (1994). *Canadian Occupational Performance Measure (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 réadaptation et de médecine physique*, 42, 1-18.
- Lundin-Olsson, L. (1997). Stops Walking When Talking as a predictor of falls in elderly people. *Lancet*, 349, 617.
- Meyer, J.P. (2014). Évaluation subjective de la charge de travail, utilisation des échelles de Borg. INRS. *Références en santé au travail*, 139, 105-122.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck-Solal.

- Morel-Bracq, M.C., Trouvé, É., Offenstein, É., Quevillon, É., Ung, Y., & Gras., C. (2015). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* Paris : De Boeck-Solal.
- OEQ (2008). *L'activité : un besoin fondamental de l'être humain*. Montréal (Québec) : Publication de l'OEQ.
- OMS & Agence de santé publique du Canada (2006). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Éditions de l'OMS. Disponible sur Internet : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/.
- OMS (2010). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. Genève : Éditions de l'OMS.
- OMS (2017). 10 faits sur l'activité physique.
Disponible sur : http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/fr/.
- OMS (s.d.). *Activité Physique*. Disponible sur Internet : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>.
- Pate, R.R., Pratt, M., 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*. Paris : De Boeck.
- Powell, Le, Myers AM. (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 healthpromotion*, 12(1), 38-48.
- 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.
- 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*, pp. 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.



Artisans de votre liberté

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