



Institut de Formation

En

Ergothérapie



- TOULOUSE -



# **Etude de l'utilisation de l'Inventaire de l'Equilibre de Vie pour les personnes en situation d'obésité**

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6

Et en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapie

Référent méthodologie : Cécile Faucher Caire

Jeanne VIMOND

Promotion 2017-2020



## *Engagement et autorisation*

Je soussignée Jeanne VIMOND, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

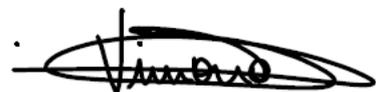
L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à MONTCHATON.

Le : 11/05/2020

Signature du candidat :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Vimond', enclosed within a large, loopy oval stroke.

## *Note au lecteur*

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

## **Remerciements**

Je tiens à remercier ma référente méthodologique Cécile Faucher Caire pour son accompagnement, ses conseils avisés et pour le temps qu'elle m'a accordé tout au long de cette année.

Je souhaite également remercier mon référent pédagogique Jean-Michel Caire et l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE pour leur implication et leur soutien durant ces trois années.

Merci aux ergothérapeutes qui ont accepté de contribuer à ce travail, pour leur temps et leur participation aux entretiens de recherche.

Merci à ma famille, mes amis et mes camarades pour leur soutien, leur aide et pour les relectures.

## TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Partie Exploratoire</b> .....	2
I. Obésité .....	2
1. Définition et épidémiologie.....	2
a. Définition.....	2
b. Epidémiologie.....	3
2. Déterminants .....	3
a. Génétiques .....	3
b. Alimentaires.....	3
c. Activité physique et dépenses énergétiques .....	4
d. Environnementaux .....	4
3. Conséquences sur la santé .....	5
a. Difficultés rencontrées.....	5
b. Maladies chroniques associées .....	5
c. Impacts sur la vie quotidienne et la participation sociale .....	7
II. Ergothérapie et obésité.....	7
1. Définition de l'ergothérapie .....	7
2. Spécificités de l'ergothérapie en obésité.....	8
a. Prise en compte holistique de la personne obèse.....	8
b. Rôle spécifique dans les problématiques quotidiennes .....	9
c. Qualité de vie.....	9
3. Interventions présentes actuellement auprès des personnes souffrant d'obésité.....	10
a. Evaluations .....	10
b. Rééducation, réadaptation et réhabilitation .....	11
c. Education Thérapeutique du Patient.....	12
III. Equilibre occupationnel.....	12
1. Les dimensions de l'équilibre de vie.....	12
2. Modèle de l'Occupation Humaine .....	12
3. Engagement occupationnel .....	13
4. Equilibre occupationnel.....	14
5. Bilan : Inventaire de l'Equilibre de Vie .....	15
IV. Question de recherche et Hypothèse .....	16

<b>Partie Recherche</b> .....	17
I. Méthodologie expérimentale et modalité de la méthode .....	17
1. Objectif d'enquête .....	17
2. Choix de la population interviewée.....	17
3. Choix de l'outil.....	17
4. Construction du dispositif expérimental .....	17
5. Conditions de passation du recueil de données .....	18
II. Analyse .....	18
1. Intervention ergothérapique avec les patients atteint d'obésité.....	19
a. Recueil de données .....	19
b. Réévaluation .....	20
c. Posture du professionnel.....	21
d. Modèle et conception de l'évaluation.....	21
e. Plan d'intervention ergothérapique .....	22
2. Equilibre occupationnel des personnes souffrant d'obésité .....	23
a. Domaines d'occupation variés.....	23
b. Equilibre occupationnel .....	24
c. Composantes des activités .....	27
d. Adaptation des activités .....	28
e. Bénéfices et impacts de l'équilibre occupationnel sur la santé .....	28
III. Discussion .....	29
<b>Conclusion</b> .....	32
<b>Bibliographie</b> .....	33
<b>Annexes</b> .....	38

# Introduction

« *Mensonge n°8 : Les personnes atteintes d'obésité ne rencontrent pas d'obstacles au quotidien* » (Ligue Contre l'Obésité)

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, huit millions de personnes sont en situation d'obésité en France (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). L'obésité est une préoccupation de santé publique mondiale et un enjeu de recherche très important pour comprendre ses mécanismes. Cette maladie impacte l'ensemble des fonctions du corps, entraînant diverses pathologies et comorbidité, une diminution de la qualité et de l'espérance de vie (INSERM, 2019). L'obésité est reconnue comme une maladie chronique, générant des incapacités et des restrictions occupationnelles pour les personnes qui en souffrent. Nous rappelons que l'occupation fait partie intégrante de la vie quotidienne et représente un axe majeur pour l'ergothérapie.

L'obésité est une pathologie abordée lors de la 2<sup>ème</sup> année de formation en ergothérapie, ces enseignements et la littérature ont suscité une réflexion et un questionnement : Comment les personnes en situation d'obésité investissent-elles leurs occupations ? Comment l'accompagnement autour d'une occupation pourrait faciliter la réinsertion sociale des personnes en situation d'obésité ? Comment l'accompagnement en ergothérapie pourrait améliorer la qualité de vie des personnes en situation d'obésité ?

Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux des rôles et pratiques de l'ergothérapie auprès des personnes en situation d'obésité, à partir de l'expérience professionnelle de trois ergothérapeutes interviewées et de souligner l'utilité de l'Inventaire de l'Équilibre de Vie dans l'accompagnement de cette population.

En préambule nous aborderons les trois concepts théoriques développés dans la partie exploratoire, tels que l'obésité comme maladie au centre de bouleversements physiques, psychologiques et environnementaux, ensuite l'ergothérapie comme pratique professionnelle intégrée à l'accompagnement des personnes souffrant d'obésité, puis l'équilibre occupationnel comme notion liée notamment au bien-être et à la santé. Cette revue de littérature me permettra d'aboutir à la question et à l'hypothèse de recherche.

La seconde partie sera consacrée à la méthodologie de recherche, l'analyse détaillée des résultats puis à la discussion comportant analyse critique et perspective professionnelle.

En conclusion, une synthèse de ce travail sera rédigée ouvrant sur une proposition de recherche.

# Partie Exploratoire

## I. Obésité

### 1. Définition et épidémiologie

#### a. Définition

L'obésité est définie par un excès de masse grasse dans le corps humain responsable de problèmes de santé. Cette pathologie est classée dans le groupe des maladies chroniques, les causes sont diverses : la génétique, la nutrition, les facteurs environnementaux, la sédentarité. Les relations entre ces différents facteurs et l'obésité sont complexes, les causes multifactorielles et les mécanismes biologiques à l'origine de la maladie ne sont pas encore tous maîtrisés. L'obésité a des conséquences importantes sur le corps et la santé, elle impacte l'ensemble des fonctions, comme les fonctions organiques, métaboliques, articulaires et musculaires. (INSERM, 2014)

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est une norme internationale qui permet de mesurer le rapport entre le poids et la taille ( $\text{Kg/m}^2$ ) et ainsi de diagnostiquer le surpoids et l'obésité en se référant à la classification. Un IMC compris entre 18,5 et 24,9  $\text{Kg/m}^2$  correspond à un poids normal, entre 25,0 et 29,9  $\text{Kg/m}^2$  correspond au surpoids et l'obésité correspond à un IMC supérieur à 30  $\text{Kg/m}^2$ . Il existe trois degrés d'obésité : l'obésité modérée ( $30,0 < \text{IMC} < 34,9$ ), l'obésité sévère ( $35,0 < \text{IMC} < 39,9$ ) et l'obésité morbide ( $\text{IMC} > 40,0$ ) (Haute Autorité de Santé, 2011). En plus du résultat de l'IMC, il est important pour les personnes en surpoids et en obésité modérée de mesurer également le tour de taille, un excès de graisse au niveau de l'abdomen entraîne un risque accru pour la santé, favorisant les complications métaboliques et vasculaires. L'adiposité abdominale peut être analysée selon des seuils référencés, le seuil IDF (International Diabetes Federation) a pour valeurs 80 cm chez la femme et 94 cm chez l'homme, le seuil NCEP (National Cholesterol Education Program) a pour valeurs 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme, un tour de taille supérieur au seuil de référence indique une obésité viscérale et un risque plus élevé de développer des pathologies cardiovasculaires et une insulino-résistance (ObEpi, 2012). Toutefois, il faut être prudent quant à l'interprétation de ces indices car ils ne tiennent pas compte du sexe, de l'âge, de la répartition des graisses dans le corps, de la proportion de masse musculaire, de masse osseuse ou hydrique. Ces prises de mesures ne sont pas adaptées à certaines populations, en particulier les sportifs, les femmes enceintes, les victimes d'amputation... (INSERM, 2019)

## b. Epidémiologie

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids en 2014 dans le monde, parmi lesquels plus de 600 millions étaient obèses, soit environ 35% de la population mondiale. Environ 2,8 millions d'individus décèdent chaque année du fait de leur surpoids ou de leur obésité, de ce fait l'obésité est devenue une maladie pandémique mondiale ayant pour conséquence une augmentation des comorbidités. (Verdot et al., 2017)

En France, l'augmentation de la prévalence de l'obésité est observée dans toutes les tranches d'âge de la population, y compris chez les seniors, elle a doublé depuis 1980. Elle concernait 6,1% des adultes contre 15% en 2012 (Matta et al., 2016; ObEpi, 2012). La comparaison des études menées ENNS-2006 et ESTEBAN-2015 montre qu'il y a une stabilité du surpoids et de l'obésité en France chez les adultes, en 2015 la prévalence de l'obésité était de 17% (Castetbon et al., 2008; Verdot et al., 2017).

## 2. Déterminants

Les facteurs favorisant la prise de masse grasse, pouvant entraîner une obésité, sont nombreux et souvent multiples.

### a. Génétiques

Les facteurs familiaux, génétiques jouent un rôle prépondérant, toutefois l'obésité génétique reste une forme rare. Dans la prise en charge de la personne obèse, il est donc important de tenir compte du sexe, des facteurs génétiques, des antécédents familiaux, ainsi que des antécédents d'obésité dans l'enfance. (INSERM, 2019)

### b. Alimentaires

L'évolution du travail et des conditions d'existence ont amplement influencé le rythme de vie et le temps libre, notamment la flexibilité des horaires de travail, le temps consacré à la préparation et à la prise des repas, pouvant jouer sur les habitudes alimentaires et favoriser la prise de poids voire l'obésité. La facilité d'accès aux aliments dans les super ou hyper marchés, la restauration rapide, l'évolution des prix de consommation, l'augmentation des portions de nourriture, une alimentation industrielle ultra transformée contribuent à une consommation excessive de calories. La sédentarité, les loisirs numériques, l'utilisation de véhicules individuels et de transports en commun dans les déplacements de la vie quotidienne réduisent l'activité physique et les dépenses énergétiques et donc une augmentation de la prévalence de

l'obésité. (INSERM, 2014) La nutrition a des effets très complexes sur la santé, des études épidémiologiques tentent de prouver qu'il existe un lien entre une alimentation suffisante, équilibrée, diversifiée et la croissance, l'immunité, le vieillissement et la fertilité. (Insee, 2019) Actuellement, le déséquilibre entre la consommation et la dépense énergétique favorise l'augmentation du nombre de personnes en surpoids et en obésité. Les troubles du comportement alimentaire (TCA), notamment des compulsions alimentaires favorisent l'apparition de l'obésité. Les bénéfices attendus après une perte de 5% à 15% du poids initial seraient une diminution des conséquences sur le corps et la santé, une réduction des risques de maladies associées et une augmentation de la qualité de vie. (Haute Autorité de Santé, 2011)

#### c. Activité physique et dépenses énergétiques

Selon l'Inserm, l'obésité est une « *Maladie de l'adaptation aux récentes évolutions des modes de vie, l'obésité résulte d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. Ce déséquilibre aboutit à une inflation des réserves stockées dans le tissu grasseux qui entraîne elle-même de nombreuses complications.* » (INSERM, 2014, 2019). Le mode de vie moderne montre un déséquilibre énergétique : l'alimentation ultra transformée, les apports caloriques importants, la baisse de l'activité physique quotidienne, l'utilisation des transports motorisés, les loisirs numériques. Intégrer une activité physique dans la vie quotidienne est bénéfique sur la santé physique et mentale, elle aide à rester en forme, diminue le risque de comorbidité et participe à l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie. Les occupations quotidiennes offrent souvent l'occasion de bouger, il est cependant conseillé d'ajouter la pratique d'une activité physique comprenant des exercices de longue durée mais de faible intensité pour mobiliser les acides gras. Cependant, la pratique d'une activité physique peut être freinée par des aspects physique (coût métabolique et énergétique important), psychologique ou socio-environnemental, entraînant l'apparition précoce de fatigue, de douleurs et une diminution de la participation et de la motivation à la remobilisation. L'essentiel étant d'avoir une activité progressive, adaptée à ses capacités et à ses envies. (INSERM, 2008)

#### d. Environnementaux

Les facteurs environnementaux sont nombreux, variés et peuvent jouer un rôle important dans la prise de poids et dans l'apparition de la maladie. Des études montrent que l'âge, la région d'habitation, les revenus, la classe sociale, les conditions professionnelles, le stress, la diminution du temps de sommeil, la prise de certains médicaments, la consommation d'alcool, l'arrêt du tabac sans accompagnement, l'exposition à des polluants et pour les femmes les

grossesses et la ménopause, sont autant de facteurs à incriminer. (Haute Autorité de Santé, 2011; INSERM, 2014; ObEpi, 2012)

Nous avons vu que l'obésité a de nombreuses conséquences sur la santé, elle est ainsi la cause de difficultés physiques, psychologiques et environnementales.

### 3. Conséquences sur la santé

#### a. Difficultés rencontrées

Les personnes en situation d'obésité évoquent plusieurs types de difficultés rencontrées dans leur quotidien.

Le premier touche le domaine physique, elles souffrent de douleurs articulaires et musculaires localisées plus particulièrement au niveau du rachis et des genoux générant des raideurs. Cette prise de poids et ces douleurs modifient la statique perturbant l'équilibre et les postures. Rapidement lors d'un effort de plus ou moins faible intensité, des manifestations physiques apparaissent : essoufflement, fatigue, transpiration. Les personnes obèses souffrent souvent de troubles cutanés et trophiques associés.

Le second touche le domaine psychologique, les personnes obèses vivent dans l'angoisse permanente de ne pouvoir résister à la tentation alimentaire, appréhende la solidité du mobilier sous leur poids. Leur image de soi est très souvent dégradée, elles éprouvent une gêne liée au regard des autres, une peur de s'intégrer à un groupe, ce qui les conduit souvent à un isolement social et à la solitude.

Le troisième domaine regroupe les difficultés environnementales, l'accessibilité des lieux privés et publics n'est pas toujours adaptée à leur corpulence et leurs difficultés, les sièges trop étroits ou les vêtements non adaptés à leur morphologie ne facilitent pas leur insertion et inclusion sociale. La stigmatisation est omniprésente, les enseignants, les employeurs, les professionnels de santé, les médias, et même les amis et la famille pensent que l'obésité peut être maîtrisée avec un peu de volonté et de motivation.

(Gonin et al., 2018; Muller-Pinget et al., 2012; Pena Pena et al., 2016; Tibere et al., 2007)

#### b. Maladies chroniques associées

L'obésité entraîne une comorbidité qui touche le corps et ses organes. L'excès de masse grasse impacte toutes les fonctions organiques et augmente le risque d'apparition de troubles cardiovasculaires notamment l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, les pathologies

respiratoires et les maladies articulaires, ces troubles majorent le risque d'incapacité et de décès (Ameli.fr, 2019; INSERM, 2019).

Le diabète de type 2 est une maladie chronique qui touche 4 % de la population française, il correspond à un excès de glucose dans le sang (hyperglycémie), il est provoqué par une perturbation du métabolisme glucidique, il se développe et évolue silencieusement pendant de nombreuses années, l'hyperglycémie reste longtemps asymptomatique, et c'est souvent lors d'une complication ou lors d'un bilan sanguin qu'on le découvre. Elle provient d'une baisse de sensibilité des cellules à l'insuline, particulièrement les cellules du foie, des muscles et du tissu adipeux. Cette hormone pancréatique facilite la pénétration du glucose dans les cellules. Quand il y a une demande accrue en insuline, les cellules insulino-sécrétrices du pancréas produisent jusqu'à s'épuiser, entraînant une accumulation irrémédiable de sucre dans le sang, ce dernier stade est l'insulino-déficience. (Ameli.fr, 2019)

Les plaques d'athéromes résultent d'un dépôt graisseux sur les parois internes d'une artère qui gêne la circulation sanguine. L'excès de ces dépôts graisseux conduit à l'obstruction des vaisseaux responsables de troubles cardiovasculaires avec des manifestations cliniques comme l'infarctus du myocarde, l'Hypertension Artérielle (HTA), l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), l'artérite des membres inférieurs, les maladies coronariennes, le cholestérol. (Ibid)

Les pathologies respiratoires notamment l'apnée du sommeil, est une des principales conséquences de l'obésité, les graisses qui s'accumulent au niveau du cou, du pharynx et de l'abdomen favorisent son apparition en bloquant le passage de l'air dans les voies respiratoires supérieures au cours de la nuit, altérant ainsi la qualité de vie. (Ibid)

L'obésité génère également un stress mécanique sur les articulations ayant pour conséquence l'apparition de douleurs, de lombalgies, d'arthrose notamment au niveau des genoux, hanches, poignets, mains. (Ibid)

De plus en plus d'études tentent à prouver qu'il existe un lien entre le surpoids, l'obésité et certains types de cancers, généralement dus à un dérèglement d'hormones, de facteur de croissance ou d'inflammations chroniques. Certains traitements oncologiques ont pour conséquences une prise de poids, l'obésité augmentent le risque de récurrence ou de développer un autre cancer. (Ibid)

(Annexe I. LES COMPLICATIONS LIEES A L'OBESITE)

### c. Impacts sur la vie quotidienne et la participation sociale

Liée à leur corpulence, les personnes obèses éprouvent plus de difficultés à exécuter les tâches du quotidien (soins personnels, habillage, entretien du domicile, ...), les déplacements (se mouvoir, inaccessibilité des lieux publics et des transports en commun, sièges trop petits, ...), les loisirs (sorties culturelles, activités sportives, activités sociales, ...) et l'accompagnement médical n'est pas toujours aisé (matériels non adaptés, structure médicale ne pouvant pas accueillir de personnes en obésité morbide), contribuant ainsi à une certaine forme d'exclusion et une restriction de la participation occupationnelle. (Gonin et al., 2018; Muller-Pinget et al., 2012)

L'obésité est source de nombreuses stigmatisations et discriminations provenant de l'environnement familial, social, professionnel ou médical entraînant des souffrances physiques et psychologiques. Ces attitudes ont généralement pour conséquence l'évitement des lieux de socialisation, la diminution de la qualité de vie, le retardement de la prise en soins et l'accumulation de difficultés dans la vie quotidienne. (Dieterle, 2018; Pena Pena et al., 2016; Puhl & Brownell, 2001; Rubino et al., 2020; Tibere et al., 2007)

Dans le déroulé de la présentation théorique, nous allons ensuite étudier le lien entre l'ergothérapie et l'obésité.

## II. Ergothérapie et obésité

### 1. Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie permet d'évaluer, de prévenir, d'éduquer, de réduire les situations de handicap par l'activité, c'est une profession paramédicale qui intervient dans le domaine sanitaire, médico-social et social.

« *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui base sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé.* » (ANFE, 2019). Son rôle est de travailler avec des personnes en situation de handicap, individuellement ou en groupe, dans le but de préserver, de restaurer, de développer une autonomie et une indépendance efficace et nécessaire à la vie quotidienne, professionnelle et familiale de manière sécurisée. C'est dans ce cadre et par l'intermédiaire d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissage qu'il intervient, tout en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement des patients.

« *L'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou d'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie.* » (ANFE, 2019). Il travaille généralement en équipe pluridisciplinaire, intervenant ainsi dans le processus de rééducation, de réadaptation et de réintégration sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie comme les enfants, les adultes et les personnes âgées. Son intervention peut se faire au sein de structures médico-social ou en libéral.

La pathologie limite les capacités et restreint la participation occupationnelle dans le quotidien : les soins personnels, les déplacements, la communication et les loisirs. L'ergothérapeute observe les effets physiques, les facteurs psychosociaux et environnementaux de la maladie sur le patient et les conséquences sur sa capacité d'action. Par le biais d'entretiens auprès du patient, de bilans et de mises en situation écologique, il va identifier ses capacités fonctionnelles (physique et psychique), sa participation occupationnelle, son engagement dans les activités, ses rôles sociaux et son environnement. Le recueil de ces données et l'identification des difficultés et potentiels du patient permettront la co-construction du plan d'accompagnement adapté à ses capacités et ses objectifs, permettant ainsi un réinvestissement dans les rôles sociaux et les activités signifiantes et significatives. (Ibid)

## 2. Spécificités de l'ergothérapie en obésité

### a. Prise en compte holistique de la personne obèse

Le recueil de données du patient, ses capacités fonctionnelles, ses objectifs, son environnement et son entourage permettent d'avoir une vision holistique pour construire un accompagnement adapté. Rencontrer, écouter la souffrance liée à l'atteinte de l'intégrité physique, émotionnelle et sociale du patient obèse, permet d'axer l'accompagnement et la réflexion sur le parcours de soin, d'améliorer la qualité de vie et d'aborder les problématiques induites par la prise de poids (Nielsen & Christensen, 2018). L'ergothérapeute évalue les répercussions fonctionnelles de l'obésité sur les activités quotidiennes, professionnelles et sociales (Riou et al., 2016). La collaboration, la mutualisation entre les différents professionnels de santé, le soutien et l'implication de l'entourage avec la participation active du patient est primordiale pour l'accompagnement pluridisciplinaire. Les connaissances des soignants sur la pathologie et ses troubles associés, les préconisations, l'observation, l'évaluation des risques, ajoutés aux informations recueillies auprès du patient et de son entourage sur ses habitudes de vie, ses difficultés rencontrées, ses éléments motivationnels, l'impact physique et émotionnel de la maladie permet de créer un projet individuel d'accompagnement personnalisé. A chaque étape

de ce projet, l'éducation thérapeutique peut aider les patients à réfléchir, à s'engager, à utiliser ses ressources et à développer son réseau. (Charmillot et al., 2011)

#### b. Rôle spécifique dans les problématiques quotidiennes

« *L'ergothérapie est une composante essentielle des services interprofessionnels qui est axée sur la santé et le bien-être par la participation à des occupations significatives et favorables à la santé.* » (Prise de position de l'ACE Obésité et occupations saines, 2015).

Les informations recueillies sur l'état cutané, la douleur et les problèmes du quotidien permettent à l'ergothérapeute de sensibiliser la personne et son entourage notamment sur le positionnement, les techniques de manutention, l'utilisation des aides techniques préconisées, les postures tout en améliorant l'indépendance et l'autonomie dans les activités significatives de la vie quotidienne. La personne en situation d'obésité est autonome, libre de décider et de choisir ses activités, cependant elle peut être dépendante d'un tiers pour les réaliser. En collaboration avec l'ergothérapeute, elle va effectuer un travail fonctionnel et une recherche de stratégie ou de dispositifs de compensation permettant ainsi d'adapter son environnement, de favoriser son confort et sa sécurité, afin de devenir plus indépendant dans la réalisation de ses activités. (Dieterle, 2018)

Le rôle de l'ergothérapeute est de favoriser le retour à ces occupations significatives et significatives, avec une approche « Bottom up » ciblée sur les déficits et l'acquisition des habiletés de base ou une approche « Top down » orientée sur l'activité et le fonctionnement dans les activités quotidiennes. Les facteurs de participation et de motivation sont indispensables au travail durant la prise en soins, afin de permettre le transfert des acquis dans la vie quotidienne et faciliter le retour au domicile.

Il est souvent préconisé aux personnes en surcharge pondérale, dans un premier temps, de pratiquer une activité physique, cependant il est opportun de considérer leur risque de chute, leurs douleurs et leur motivation afin de les guider vers une reprise progressive et régulière. Dans un second temps, il est primordial de faire perdurer l'engagement dans l'activité choisie, le plaisir joue un rôle prépondérant pour parvenir à atteindre et tenir les objectifs fixés. (Muller-Pinget et al., 2012)

#### c. Qualité de vie

Selon l'OMS, La qualité de vie a été définie comme la façon dont les individus perçoivent leur existence compte tenu de la culture et du système de valeurs dans lequel ils vivent et en fonction de leurs buts, de leurs attentes, de leurs normes et de leurs préoccupations. Cette qualité dépend,

de la santé physique, de l'état psychologique, du niveau d'indépendance, des rapports sociaux, des facteurs environnementaux et des croyances personnelles. (OMS, 1996)

Les loisirs sont généralement gratifiants et constructifs, ils sont un aspect important de la vie quotidienne, du temps libre. Ils dévoilent qui nous sommes, les occupations sont liées au bien-être, à la qualité de vie et à la santé. Stigmatiser, discriminer socialement ou médicalement les personnes obèses affectera en tout ou partie leur santé mentale, leur qualité de vie.

### 3. Interventions présentes actuellement auprès des personnes souffrant d'obésité

L'ergothérapie joue un rôle prépondérant dans la prévention et la promotion de la santé auprès des patients obèses. L'ergothérapeute sensibilise en intervenant auprès de la population cible, sur les risques, les maladies associées et les incapacités, mais également sur les bénéfices d'une perte de poids, une reprise de l'activité physique et sur les adaptations permettant la fonction et la participation aux activités significatives.

#### a. Evaluations

Selon Michel Vial, il existe trois conceptions de l'évaluation selon les modèles utilisés : l'évaluation « *comme mesure* » qui comprend une part de jugement, la valeur est comparée à une norme, l'évaluation « *comme gestion* » qui fait référence aux procédures, s'appuie sur les objectifs, les ressources et les compétences pour orienter vers la résolution de problème et l'engagement de la personne, enfin l'évaluation « *comme problématique du sens* » est basée sur l'analyse de la réflexion dans la pratique professionnelle (Vial, 2005). L'évaluateur se positionne en tant que contrôleur ou accompagnateur, nécessitant des compétences certes opposées mais pourtant complémentaires, lors de l'évaluation, de l'analyse et de l'interprétation. (Ibid)

L'évaluation n'est pas seulement un outil, elle fait partie intégrante de l'accompagnement, elle permet de situer la personne et de comprendre l'origine de ses difficultés, permettant une intervention bénéfique pour le patient. Elle a un caractère dynamique et évolutif en réévaluant le suivi au cours de l'accompagnement.

Selon l'Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) il existe trois grandes phases dans le suivi ergothérapique. (Fisher, 2009)

La première est la phase d'évaluation et d'établissement des objectifs, le professionnel recueille les informations concernant la personne, ses habitudes de vie, ses occupations, son environnement, son contexte de vie, ses ressources mais aussi les difficultés ou limitations

qu'elle rencontre dans le quotidien. Ces données sont récoltées à l'aide d'outils qualitatifs et quantitatifs comme l'entretien, les bilans standardisés, les mises en situations écologiques, les observations ou encore les visites de l'environnement. Elles permettent de réaliser un diagnostic ergothérapeutique et d'établir des objectifs centrés sur la personne et ses problématiques. C'est toute la spécificité de l'accompagnement en ergothérapie, la perte de poids n'est pas le seul objectif ou l'objectif principal des personnes souffrant d'obésité, c'est pourquoi l'entretien et la détermination des objectifs est primordial pour construire un plan d'intervention efficient. La seconde phase est l'intervention, composée de quatre modèles selon des approches top-down ou bottom-up.

La troisième est la phase de réévaluation permettant d'adapter et d'ajuster l'accompagnement selon l'évolution de la situation afin d'optimiser la performance occupationnelle.

#### b. Rééducation, réadaptation et réhabilitation

Lors des séances d'ergothérapie, la personne peut être confrontée à la réalité de ses difficultés et incapacités, une relation de confiance doit s'établir entre le patient et le professionnel pour favoriser l'alliance thérapeutique dans le suivi.

Les séances d'ergothérapie ont pour objectifs l'autonomie et l'amélioration de la qualité de vie des personnes, pour se faire le patient doit travailler sur sa capacité de choix et d'action. Elles peuvent suivre un axe de rééducation afin de réduire les incapacités fonctionnelles impactant le quotidien, avec un travail sur l'équilibre statique, les déplacements, la coordination motrice, le franchissement de l'axe médian, la réappropriation du schéma corporel et cognitif, par le biais d'exercices et de mise en situation pratique avec des activités de la vie quotidienne. La réadaptation peut être un complément ou faire suite à la rééducation, il est nécessaire de connaître les fonctions déficitaires (motrices, cognitives, sensorielles et affectives) pour adapter ou compenser les limites du corps et ainsi avoir une approche fonctionnelle des activités et du projet de soin. La réadaptation concerne la compensation par l'adaptation de l'environnement, de l'activité et des attitudes. L'ergothérapeute adapte le matériel présent chez la personne ou utilise diverses aides techniques, des méthodes de manutention et de positionnement, des aménagements de l'environnement spatial et temporel. La réhabilitation psycho-sociale cherche à reconstruire l'identité de la personne en créant ou en retrouvant un rôle dans la société et dans son environnement, afin d'exercer son pouvoir d'action et d'engagement dans ses occupations signifiantes. La bonne estime de soi est un facteur favorisant la participation sociale et l'engagement occupationnel.

(Riou et al., 2016; Sittarame et al., 2014)

### c. Education Thérapeutique du Patient

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est centré sur le patient, sur son vécu, le ressenti de sa maladie, ce n'est pas une transmission d'informations et de recommandations de la part de l'équipe soignante, mais une réflexion et une recherche de stratégie propre à chacun guidée par les professionnels de santé. L'ETP est un espace d'échanges permettant de mettre en relation l'obésité, l'estime de soi, les difficultés de la vie quotidienne et toutes les autres problématiques rencontrées par le patient. La satisfaction de la qualité de vie est mise en corrélation avec la maladie, c'est un sujet abordé lors de l'ETP afin de communiquer et trouver des stratégies pour améliorer celle-ci. (Charmillot et al., 2011)

L'éducation thérapeutique s'ajoute à la rééducation et à la réadaptation, elle est réalisée avec la personne et son entourage. Les patients souffrant d'obésité peuvent ainsi bénéficier d'un accompagnement riche permettant de travailler sur leur situation de handicap, l'amélioration de leur qualité de vie, la gestion de leur maladie chronique, la réhabilitation de leur image corporelle, leur réinsertion sociale, leur compétence d'adaptation, leur motivation. (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, s. d.; Sittarame et al., 2014)

Les activités dans les domaines des soins personnels, de productivité, de loisirs et de repos composent la vie d'une personne, mais il est essentiel de générer un équilibre entre ces activités.

### III. Equilibre occupationnel

#### 1. Les dimensions de l'équilibre de vie

L'équilibre de vie, pour le résumer en cinq points, est propre à chaque individu, modifiable en fonction du cours de la vie, lié à son engagement dans ses occupations, influençant ainsi positivement le bien-être et la santé, en lien avec son environnement (Rogers, 2016). L'équilibre occupationnel fait partie intégrante de l'équilibre de vie et repose sur un jugement subjectif des caractéristiques et des objectifs des activités en lien avec la gestion du temps et les attentes de l'environnement social et culturel (Wagman et al., 2012). Trouver un équilibre satisfaisant entre les différents domaines d'activités permet d'avoir un sentiment de maîtrise de sa vie et de ses occupations (Backman, 2004).

#### 2. Modèle de l'Occupation Humaine

Un modèle conceptuel permet à l'ergothérapeute d'avoir un cadre d'intervention structuré et de clarifier la pratique professionnelle pour un accompagnement de qualité. Il existe plusieurs

modèles conceptuels généraux et d'autres plus spécifiques, mais les différentes approches de ces modèles permettent toutes de viser l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie de la personne (Riou et al., 2016).

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est un modèle général, élaboré par l'ergothérapeute Gary Kielhofner, pouvant être utilisé dans divers situations et contextes thérapeutiques. Ce modèle met en avant la participation et l'engagement occupationnel avec une représentation dynamique de la personne dans son environnement, en tenant compte de sa motivation, ses rôles, ses capacités et ses habitudes de vie. Dans le concept d'occupation humaine, les activités ont une dimension physique, temporelle et socioculturelle. (Mignet et al., 2017)

Le MOH aide à organiser les informations recueillies selon trois domaines : l'Être, l'Agir et le Devenir. L'Être regroupe la volition, l'habituatation et la capacité de rendement, qui vont induire la manière d'Agir par la participation, la performance et les habiletés du patient, le Devenir est le résultat de l'Être et de l'Agir, permettant d'acquérir une identité occupationnelle et des compétences occupationnelles pour adapter l'occupation. Ces trois domaines interagissent avec l'environnement, ce processus est en constante évolution en fonction des expériences de la personne. (Ibid)

Le MOH est un modèle client-centré, la personne dans sa globalité est le pilier central de l'accompagnement thérapeutique. L'ergothérapeute a une vision holistique de la personne, lui permettant par la suite de cibler l'adaptation et la participation de la personne dans ses occupations. L'occupation est nécessaire dans la vie d'un individu, le rôle de l'ergothérapeute est de l'accompagner dans la recherche d'activités signifiantes et de trouver un équilibre occupationnel dans les activités de sa vie quotidienne. (Ibid)

Le MOH semble être un modèle tout à fait adapté pour la population considérée comme obèse, prenant en compte les caractéristiques environnementales, l'engagement et la participation occupationnel, et permet d'explorer les différents domaines qui composent une personne.

(Annexe II. MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE)

### 3. Engagement occupationnel

L'Engagement peut être défini comme « *Le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation.* » (Meyer, 2013), c'est un des enjeux de l'ergothérapeute lors de l'accompagnement d'un patient. L'engagement occupationnel de la personne dans une activité ou une occupation peut dépendre

de différents facteurs comme la nature de l'activité, le conditionnement physique et psychique et le contexte environnemental. L'engagement occupationnel sera favorisé par le choix d'une activité signifiante qui engage de l'intérêt, cette activité n'est pas obligatoirement synonyme d'activité plaisante, cela peut être la finalité de l'activité qui est signifiante, de ce fait la réalisation de l'activité ou de l'occupation mobilise les capacités et les ressources de la personne dans une sensation d'efficacité. La perception de son engagement occupationnel peut entraîner une amélioration de sa santé et de son bien-être. L'engagement dans une occupation demande de la motivation, du temps et une sollicitation énergétique de la part du patient pour s'impliquer dans la réalisation de l'activité, les notions d'engagement, de performance et de participation sont intriquées autour de l'occupation. (Bertrand et al., 2018; Meyer, 2018)

Certaines études montrent que l'engagement occupationnel peut agir sur le rétablissement d'une personne, il en existe plusieurs types comme le « *désengagement* », l'« *engagement partiel* », l'« *engagement quotidien* » ou encore l'« *engagement total* », en fonction de la personne cela peut l'aider à retrouver un sens à l'activité et une perception de ses compétences (Sutton et al., 2012). Dans leur pratique professionnelle, les ergothérapeutes interagissent avec les patients pour comprendre leurs rôles, leur motivation et les aider à repérer leurs besoins, leurs envies et leurs objectifs pour faciliter leur engagement dans des activités signifiantes (Doroud et al., 2015; Sutton et al., 2012).

L'engagement occupationnel et l'équilibre occupationnel sont des concepts issus de la science de l'occupation (Bertrand et al., 2018). « *Un équilibre de l'engagement dans l'occupation mène au bien-être* » (Traduction libre Wilcock, 2006).

#### 4. Equilibre occupationnel

L'équilibre occupationnel correspond à la satisfaction d'avoir une quantité et une diversité d'occupations suffisantes, il est soumis à l'influence de l'environnement physique et social, il est associé au niveau de stress, à la santé physique et mentale et à la qualité de vie. Une occupation correspond à une activité signifiante réalisée par besoin, envie ou obligation, en tenant compte de l'environnement. Les composantes de cette activité peuvent être physique, mentale, sociale ou émotionnelle. L'équilibre entre les occupations et le temps consacré à celles-ci, permet d'atteindre en outre un niveau optimal de bien-être, une qualité de vie satisfaisante et de l'engagement occupationnel. L'équilibre occupationnel est un processus dynamique, c'est une balance entre les activités de productivité, les soins personnels, les loisirs et les temps de repos, il n'est jamais stable et évolue en fonction de l'environnement et de la personne. (Backman, 2004; Kühne & Tétréault, 2017; Wagman et al., 2012)

Des situations de la vie quotidienne entraînant un déséquilibre occupationnel dues à l'obésité, peuvent limiter l'engagement occupationnel, réduire la participation occupationnelle, affaiblir l'estime de soi, limiter la capacité à répondre à ses besoins, impacter la qualité de vie et influencer sur l'équilibre de vie (Taylor et al., 2013).

Différents outils existent pour évaluer l'équilibre occupationnel, ce sont davantage des indicateurs de déséquilibre occupationnel (Larivière, 2019). Nous allons nous intéresser à l'Inventaire de l'Equilibre de Vie.

## 5. Bilan : Inventaire de l'Equilibre de Vie

L'Inventaire de l'Equilibre de Vie (Larivière & Levasseur, 2016) a été traduit et validé en français par Nadine Larivière de la version originale, Life Balance Inventory (Matuska & Christiansen, 2008) écrit par Kathleen Matuska.

Kathleen Matuska, ergothérapeute spécialisée dans les sciences de l'occupation, principalement sur ce qui a un lien avec l'équilibre occupationnel et la gestion de la fatigue. Elle s'est interrogée sur les différentes façons de promouvoir la santé et le bien-être en tenant compte des occupations quotidiennes. Elle met en avant le rôle essentiel de l'ergothérapeute dans la promotion de la santé auprès de la population générale et l'équilibre de vie en tant que concept essentiel en ergothérapie. (Larivière, 2018)

Nadine Larivière, ergothérapeute, directrice d'un programme de formation en ergothérapie et chercheur, s'intéresse aux sciences de l'occupation et aux interventions de réadaptation pour les personnes ayant un trouble de la personnalité limite.

L'Inventaire de l'Equilibre de Vie (IEV) est un questionnaire auto administré, il s'adresse à toutes les personnes, avec ou sans problèmes de santé. Il permet de considérer les activités réalisées dans son quotidien ou les activités que l'on souhaiterait pratiquer, ainsi que la satisfaction de son emploi du temps et du temps consacré à ses activités.

L'IEV questionnaire validé, propose au questionné cinquante-trois items relatifs aux activités de la vie quotidienne. La saisie du document se déroule en deux étapes distinctes, la première consiste à indiquer sur toutes les activités énoncées celles qui sont réalisées ou celles que l'on aimerait réaliser, la deuxième reprend les activités réalisées ou souhaitées et évalue le temps réellement consacré à chacune de ces activités (au cours du mois précédent) pour ensuite le mettre en parallèle au temps fixé au départ.

Cet outil peut être utilisé par les ergothérapeutes pour évaluer l'emploi du temps de leurs patients, le professionnel de santé comptabilise et analyse les réponses de satisfaction, les informations ainsi recueillies et les échanges avec le patient permettent de construire et d'affiner le programme d'accompagnement ergothérapeutique.

(Larivière & Levasseur, 2016; Ung et al., 2018)

(Annexe III. INVENTAIRE DE L'EQUILIBRE DE VIE)

L'équilibre occupationnel est un concept central de l'ergothérapie, il est judicieux dans l'accompagnement des personnes souffrant d'obésité avec une restriction de la participation et de l'engagement occupationnel.

#### IV. Question de recherche et Hypothèse

Avec les informations recueillies dans la revue de littérature, nous avons pu préciser les questions de départ pour arriver à la question de recherche suivante : Comment les ergothérapeutes évaluent l'équilibre occupationnel des personnes en situations d'obésité ? Nous pouvons proposer l'hypothèse suivante : **l'Inventaire de l'Equilibre de Vie pourrait être un outil intéressant à utiliser dans le cadre d'un accompagnement ergothérapeutique des personnes souffrant d'obésité.**

# Partie Recherche

## I. Méthodologie expérimentale et modalité de la méthode

### 1. Objectif d'enquête

L'enquête expérimentale nous permettra de faire un état des lieux de la pratique en ergothérapie auprès des personnes souffrant d'obésité, plus précisément sur l'accompagnement ergothérapeutique de l'équilibre occupationnel des personnes en situation d'obésité.

### 2. Choix de la population interviewée

Dans le cadre de la Loi Jardé de 2012, les entretiens auprès de personnes souffrant d'obésité ne sont pas réalisables, c'est pourquoi les personnes interviewées dans le cadre des entretiens de recherche de ce mémoire sont des ergothérapeutes travaillant ou ayant exercé auprès de personnes souffrant d'obésité modérée à morbide, dont l'objectif est le partage d'expérience professionnelle. La pratique professionnelle des trois ergothérapeutes sollicitées varie selon leur lieu d'exercice, E1 a travaillé en Angleterre auprès des services sociaux, E2 est référente du service obésité dans un établissement de soins de suite et de réadaptation adulte et E3 a œuvré dans les secteurs obésité et obésité morbide d'une clinique spécialisée.

Ces trois témoignages ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la pratique ergothérapeutique auprès des personnes obèses, mais vont permettre l'analyse d'une partie des champs d'intervention de la profession. Interviewer des ergothérapeutes dans le cadre de cette recherche a permis de les interroger sur un concept essentiel de ce mémoire et de la pratique ergothérapeutique : l'occupation.

### 3. Choix de l'outil

Pour mener cette enquête, l'outil d'expérimentation utilisé est l'entretien individuel. L'entretien semi-structuré est un entretien qualitatif, permettant de poser des questions ouvertes sur un thème spécifique. Il favorise l'échange avec l'intéressé, la collecte d'informations sur ses croyances, son expérience, ses idées liées à ce thème. L'entretien semi-structuré est prédéfini avec des questions préparées en amont sur différents concepts composant la thématique générale, elles permettent à l'interviewé de se livrer et de préciser ses idées. (Tétreault, 2014)

### 4. Construction du dispositif expérimental

Le guide d'entretien est un support permettant de clarifier les étapes de l'entretien, l'introduction rappelle le thème de la recherche, la demande de consentement pour

l'enregistrement et l'utilisation des données recueillies, puis les questions et enfin la conclusion avec les remerciements pour le temps accordé et les informations apportées. Dans ce guide, les questions sont créées dans un ordre précis mais lors de l'entretien, les questions peuvent être posées différemment, permettant ainsi de s'adapter aux propos de l'interviewé, de plus les sous-questions encouragent la personne à approfondir les idées et préciser la vision. (Tétreault, 2014)

(Annexe IV. GUIDE D'ENTRETIEN)

(Annexe V. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT)

La matrice est réfléchiée à partir des concepts clés de la thématique de recherche, les critères et indicateurs définis permettent d'analyser l'entretien réalisé, la matrice aide à créer et organiser les questions de l'entretien semi-structuré, pour analyser les réponses obtenues avec les mêmes critères et indicateurs.

(Annexe IX. MATRICE D'ENTRETIEN)

## 5. Conditions de passation du recueil de données

Les ergothérapeutes interviewées dans le cadre de la recherche sont renommées E1, E2 et E3 pour des raisons de confidentialité. Les entretiens ont été réalisés par « Skype » ou par téléphone d'une durée de 45 minutes à 1 heure.

## II. Analyse

La méthode d'analyse des entretiens est une analyse catégorielle du contenu réalisée grâce aux matrices élaborées.

(Annexe X. TABLEAUX D'ANALYSE DES ENTRETIENS)

Notre analyse comporte deux thèmes :

1. L'intervention ergothérapeutique avec les patients atteints d'obésité qui comprend le recueil de données, la réévaluation, la posture du professionnel, le modèle et la conception de l'évaluation, le plan d'intervention ergothérapeutique.
2. L'Équilibre occupationnel des personnes souffrant d'obésité avec les domaines d'occupation variés, l'équilibre occupationnel, les composantes des activités, l'adaptation des activités, les bénéfices et impacts de l'équilibre occupationnel sur la santé.

## 1. Intervention ergothérapeutique avec les patients atteints d'obésité

Dans cette partie en lien avec les entretiens, l'objectif des questions relatives à la notion d'évaluation et d'intervention en ergothérapie est de déterminer les outils utilisés par les ergothérapeutes et leurs méthodes d'action.

### a. Recueil de données

Le recueil de données permet au professionnel de santé de collecter des informations utiles pour planifier l'intervention, différents outils peuvent être utilisés dans ce processus de recueil de données. Suivant les structures les méthodes diffèrent, mais l'entretien avec le patient semble être un outil utilisé par E1, E2 et E3, « *le début des entretiens, c'était vraiment pour moi le moment de découvrir la personne* » (E1), cela peut être un « *entretien d'éducation thérapeutique* » (E2) ou encore un « *entretien avec un recueil des habitudes de vie* » (E3). L'entretien permet à l'ergothérapeute de « *poser des questions qui vont être ciblées* » (E2). Il peut être réalisé avec le « *client* », le « *patient* », la « *famille* », mais elle peut aussi rechercher des informations utiles auprès de ses collègues lors des « *réunion d'équipe* » (E3) afin de réunir des informations pertinentes pour « *mettre à jour la situation* » (E1) de la personne obèse.

Ces entretiens s'accompagnent généralement de bilans, sélectionnés en fonction des objectifs du service. E1 « *n'évaluait pas de façon standardisée* », dans son service ils utilisaient « *leurs propres évaluations qu'ils avaient créés* », toutefois elle utilisait le modèle de l'occupation humaine « *MOH* » pour essayer d'avoir une approche « *holistique* ». Concernant E2, elle utilise « *beaucoup d'évaluations et de préconisations en aides techniques* », des « *bilans de toilette-habillage en chambre* » ainsi qu'un « *bilan de leurs performances à accomplir les activités de la vie quotidienne* », elle complète le dossier avec les « *réunions pluriprofessionnelles* », elle modifie et adapte son évaluation « *selon la demande* ». E2 peut être amenée à effectuer un « *bilan d'entrée complet* » uniquement quand le médecin de la structure le prescrit, généralement quand d'autres pathologies y sont associées. Il est composé de « *la première grosse partie : la présentation du patient, [...] Ensuite deuxième grande partie : le bilan des déficiences, des douleurs, [...], un bilan moteur musculaire en global [...], un bilan du tonus, de la sensibilité. Troisième partie [...] bilan des capacités/incapacités [...], bilan des préhensions, [...] équilibre postural assis/debout, écriture, coordination bimanuelle, dextérité [Purdue], fonctions supérieures ([...] bilan de type MMS ou ERFC), bilan d'indépendance donc c'est tout ce qui est AVJ [...]* Et en dernière partie bilan des situations de handicap avec un bilan environnemental, donc tout ce qui est domicile, [...] Et puis un bilan socio-familial

[...] *et pour terminer bilan professionnel et des loisirs* » (E2). E3 quant à elle recueillait lors des temps d'échange en « *réunions d'équipe pluridisciplinaire* » des informations, elle utilisait des « *bilans qui pouvaient questionner leurs occupation* », l'auto-questionnaire « *Dallas* » pour « *évaluer le retentissement de la douleur sur leurs activités* », la « *MCRO* » qui permet de trouver « *leurs difficultés pour eux* » dans les activités significantes et d'évaluer « *leur satisfaction sur les activités qu'ils réalisent* », la « *MHaVie* », une « *échelle de satisfaction* » et parfois la méthode « *COOP* ».

Les informations demandées ou verbalisées sont recueillies par le biais de ces entretiens et bilans, s'ajoutent les informations visuelles observées et ressenties par l'ergothérapeute, « *les expressions émotionnelles sur le visage* » (E1, E3) ou encore lors d'une « *mise en situation* » (E2) de la personne.

De façon générale c'est « *le même processus entre les bilans, les entretiens, les observations plus toujours le partage d'informations lorsqu'on fait les réunions d'équipe pluridisciplinaire* » (E3).

La phase d'évaluation permet à l'ergothérapeute de recueillir des informations essentielles et potentiellement « *pénalisante dans la vie quotidienne* » (E2) du patient. E1, E2 et E3 mentionnent plusieurs fois les « *problèmes* » et les « *difficultés* » qu'une personne obèse peut rencontrer dans son quotidien, ce sont ces données qui permettent de déterminer si les personnes sont « *relativement indépendantes, avec des difficultés* » (E3) ou si elles se mettent en « *danger* » (E1) pour réaliser les tâches du quotidien. Les « *complications de l'obésité* » (E2) peuvent être « *soit physiques, soit émotionnelles* » (E1) et doivent être prises en considération car « *elles interfèrent* » (E2) obligatoirement dans la prise en charge. Une synthèse de ces informations permet d'établir avec le patient les objectifs d'accompagnement en ergothérapie à partir des « *difficultés dans la vie de tous les jours* » (E2) et des « *activités qui ont de l'importance* » (E3). La corrélation entre « *les difficultés de la personne et ses attentes dans la vie* » (E2) est nécessaire, elle doit être ajustée avec la personne en situation d'obésité de manière cohérente, « *c'est une petite négociation qui se fait* » (E2).

## b. Réévaluation

La réévaluation est un moyen d'appréhender l'évolution des capacités du patient, elle permet « *d'évaluer les changements et les progrès qui peuvent être fait sur l'indépendance des personnes* » (E3) mais aussi d'expertiser le matériel et l'utilisation des équipements pour « *évaluer si ça améliorerait la situation pour la personne* » (E1). La réévaluation des bilans ou

l'évaluation de la mise en place d'une aide technique ou d'une adaptation pour réaliser une activité en autonomie permet de « *réajuster un petit peu par rapport à la faisabilité quotidienne de ces activités.* » (E2). En fonction des situations et des interventions auprès des patients, les réévaluations au cours de l'accompagnement varient, il peut y avoir « *une évaluation à l'entrée, une évaluation à la sortie, ou une évaluation à l'entrée, une intermédiaire, une à la sortie* » (E3), ou « *rarement de bilans de sortie en fait surtout quand c'est pour des interventions ponctuelles.* » (E2).

L'accompagnement ergothérapeutique d'une personne souffrant d'obésité comprend « *des temps d'évaluation, d'auto-évaluation, au début et à la fin et après au milieu donc des temps de séances pratiques sur les actes du quotidien* » (E3).

### c. Posture du professionnel

La posture du professionnel est prépondérante dans le lien de confiance créé avec le patient, les ergothérapeutes doivent avoir « *une attitude aussi ouverte que possible* » (E1). Les patients souffrant d'obésité sont généralement des personnes « *qui sont en grande souffrance, qui sont rejetées par la société* » (E2) c'est pourquoi en plus de « *tout ce qui est attendu dans le monde du soin avec de la sécurité, du confort, de la bienveillance* » (E3) il est important d'avoir « *beaucoup d'écoute, beaucoup d'empathie, beaucoup de patience, beaucoup de douceur* » (E2).

L'ergothérapie s'attache au domaine de la vie quotidienne des personnes pour connaître les habitudes de vie, les difficultés, les objectifs dans des sphères d'occupations plus ou moins intimes, ces personnes peuvent avoir un « *problème d'image corporelle assez important et de pudeur* » (E2). Elles rencontrent des difficultés quotidiennes, « *sont souvent en difficulté à les exprimer, parce qu'on a un peu honte* » (E2), s'avérant très pénalisantes si elles ne peuvent pas en informer le professionnel de santé. Le comportement, l'attitude du professionnel de santé doit pouvoir faciliter l'échange et la mise en confiance du patient, « *c'est à nous d'y être vigilant d'une séance à l'autre* » (E3). Informer le patient des actions qui vont se dérouler, les prévenir avant de les toucher, expliquer pourquoi l'accompagnement se passera ainsi, font partie des rôles du professionnel de santé, d'autant plus qu'il faut « *énormément de douceur et d'empathie avec ces personnes-là et c'est assez délicat.* » (E2)

### d. Modèle et conception de l'évaluation

Dans les entretiens réalisés avec les trois ergothérapeutes, les évaluations « *comme mesure* » sont utilisées dans le cadre des bilans cotés où les valeurs obtenues sont comparées à des normes

et interprétées. Cependant, les évaluations majoritairement utilisées par ces ergothérapeutes sont les évaluations « comme gestion ». E1, E2, et E3 font référence aux bilans et méthodes utilisées, elles s'appuient sur le recueil d'informations concernant le patient, « *l'évaluation pour moi c'est vraiment le moment de recueillir toutes les informations, [...] pour mettre à jour la situation.* » (E1), l'évaluation permet de poser des questions essentielles à la construction du plan d'intervention « *quels sont ses motivations ? quels sont ses besoins ? ses attentes ?* » (E3). La synthèse des évaluations permettra de mettre en avant des problématiques, de recenser les capacités et les ressources permettant de savoir « *sur quels axes travailler* » (E3) avec le patient, rechercher les stratégies et ajuster l'accompagnement, « *mettre en place des solutions pour améliorer leur efficacité dans leurs tâches à accomplir quotidiennement* » (E2) en fonction de « *la faisabilité de ces activités* » (E2).

#### e. Plan d'intervention ergothérapique

E1, E2 et E3 expliquent leurs interventions auprès des personnes souffrant d'obésité dans leur interview. E1 fait justement remarquer que ses interventions auprès des personnes obèses dépendent en partie de la structure d'exercice « *pour les objectifs, ça dépendait de la personne, en négociation avec notre superviseur* » (E1), elle peut « *contraindre* » (E1) les axes d'intervention du professionnel. E2 et E3 relèvent une facilité de travail liée au partage d'information et au travail en équipe pluridisciplinaire, « *il y a encore plus de communication et de cohérence dans toute l'équipe, [...] l'objectif, le projet de soin du patient est défini dès le début* » (E2), « *c'était un vrai travail d'équipe pluridisciplinaire [...] très complet tant par les réunions d'équipe où on avait des objectifs clairs avec le médecin de service, on s'apportait des informations mutuellement* » (E3). L'objectif principal de l'accompagnement d'un ergothérapeute s'appuie sur l'autonomie, « *la personne puisse être le plus autonome possible dans sa vie de tous les jours malgré les nombreuses difficultés qu'elle peut rencontrer.* » (E2). E1 intervenait dans « *tout ce qui était manutention, des équipements, des adaptations, ou des changements dans la maison* », prenant en compte les souhaits et les intérêts de la personne, elle pouvait ainsi « *guider et conseiller* » les personnes souffrant d'obésité.

La majeure partie du temps d'intervention de E2 est consacrée aux « *interventions ponctuelles* » auprès des patients, elle est sollicitée pour « *des adaptations ou des installations de confort, et beaucoup d'évaluations et de préconisation en aides techniques avec des essais en lien avec des revendeurs* », elle évoque également « *la prise en charge des patients obèses à l'hôpital s'inscrit dans un programme d'éducation thérapeutique* » (E2), intervient sur certains ateliers

de ses collègues. Actuellement elle attend sa formation pour pouvoir créer ses propres ateliers correspondant à la demande de ses patients et à ses compétences d'ergothérapeute.

E3 quant à elle évoque plusieurs de ses champs d'action au sein de la clinique en fonction du patient et de ses objectifs, mais également de son IMC et de ses capacités, « *les premières interventions de l'ergo c'était déjà voir tout ce qui était positionnement* » afin de préserver l'état cutané et limiter le risque d'escarres. Elle réalisait des séances « *en individuel* » pour les personnes en obésité morbide et « *une prise en charge en groupe sur l'éducation thérapeutique* » pour les personnes en obésité modérée à sévère. Ces ateliers d'éducation thérapeutique ciblaient « *tout ce qui est geste et posture, pour diminuer les douleurs au niveau du dos, des genoux* » mais aussi « *l'accessibilité aux loisirs, aux activités domestiques* ». Elle organisait des séances de « *travail et amélioration de l'équilibre* » pour les personnes obèses en perte d'autonomie dans le domaine des déplacements, pour celles ayant des difficultés à maintenir leur équilibre et sujets au risque de chute, en collaboration généralement avec un autre professionnel, kinésithérapeute ou professeur d'activité physique adaptée.

Les notions « Top Down » et « Bottom Up » ne sont pas abordées dans les questions d'entretien avec les trois ergothérapeutes, cependant E1 fait référence à un accompagnement « *plutôt focalisé sur, pas exactement focalisé sur les pathologies, mais les problèmes* » et E3 se réfère à ces approches en les nommant explicitement « *Je pense qu'avec cette population-là, tout ce qui est approche Top Down a beaucoup plus de sens que Bottom Up en fait, parce que le fait de tout centrer sur l'occupation, la personne, sa motivation, son engagement, sera meilleure en fait sur les activités* ».

## 2. Equilibre occupationnel des personnes souffrant d'obésité

L'analyse de l'équilibre occupationnel dans les entretiens a pour objectif d'identifier les éléments de la pratique actuelle pouvant faire référence à cette notion, afin de déterminer son intérêt et sa plus-value dans l'accompagnement en ergothérapie des personnes souffrant d'obésité.

### a. Domaines d'occupation variés

Les domaines d'occupation peuvent être la réalisation d'activité de productivité, de soins personnels, de loisirs ou de repos, les ergothérapeutes interviewées n'ont pas fait de liste exhaustive des activités réalisées par les patients mais « *la plupart du temps ça tourne autour de la toilette et de l'habillement* » (E2). Effectivement les activités appartenant au domaine des

soins personnels sont évoquées à plusieurs reprises par les trois ergothérapeutes comme une « *problématique très redondante chez ces patients-là qui ont beaucoup de difficultés dans ce domaine* » (E2). Les domaines d'activités dépendent de la prise en charge de la personne, mais E2 essaie de les aborder en totalité, « *préparation à la maison, lever, comment sont les transferts, toilette, habillage, éventuellement aller au travail, les activités domestiques, le ménage, faire les courses, faire les repas, manger, éventuellement s'occuper du jardin* » (E2). Les déplacements sont des activités largement abordées dans le discours de E1 et E3, « *trouver les bonnes méthodes de se déplacer, aider les personnes dans toutes les tâches fonctionnelles* » (E1), « *trouver l'équilibre assis, pour après travailler sur l'équilibre debout, pour le passage en fauteuil roulant et les déplacements en fauteuil roulant manuel et puis après quand vient la possibilité, si c'est possible, les déplacements avec déambulateur* » (E3).

Les activités abordées par les ergothérapeutes sont plutôt de l'ordre des soins personnels et de la productivité, il est rarement fait mention des activités de loisir ou de repos, « *la plupart quand même n'ont plus d'activité de loisir* » (E2) ou alors elles ne nécessitent pas de quitter le domicile et ne sont pas des activités de sociabilisation « *la plupart du temps [...] c'est télé et journal* » (E2), « *rester à ne rien faire pendant des heures devant la télé* » (E3).

#### b. Equilibre occupationnel

Nous avons demandé aux trois ergothérapeutes de nous définir l'Equilibre Occupationnel, pour faire un état des lieux de leurs croyances et connaissances sur cette notion. Les ergothérapeutes ne connaissaient pas vraiment la définition de l'Equilibre Occupationnel mais dans leurs explications elles ont pu citer des notions qui s'y rattachent.

Pour E1 « *on peut avoir l'équilibre occupationnel du point de vue de la personne, qui peut être tout à fait différente que la perspective de l'ergothérapeute* » en fonction des activités réalisées et des souhaits de la personne, le professionnel de santé appréhende la situation du patient dans sa globalité.

En l'état actuel de ses connaissances, E2 définirait l'équilibre occupationnel comme une « *performance dans les AVJ* », et un équilibre entre « *ce que la personne peut faire et ce qu'elle aurait besoin de faire dans sa vie quotidienne* ».

Pour E3 l'équilibre occupationnel fait référence à « *la place de chacune de nos activités, nos occupations dans notre journée, notre quotidien* », associant la notion d'équilibre avec le fait d'avoir « *des activités tout au long de la journée qui ont du sens pour nous* ».

L'équilibre occupationnel fait intervenir les notions de participation et d'engagement de la personne dans des activités significatives et variées, E3 questionne ses patients « *quelles sont ses motivations pour participer et commencer à reparticiper à quelques activités* ». Les notions de participation et d'engagement occupationnel stimulent la motivation chez certains « *des fois c'est les patients qui viennent me solliciter d'eux-mêmes* » (E2), chez certains « *on pouvait retrouver une motivation avec de réelles demandes et attentes* » (E3), de « *changer leurs habitudes de vie* » (E3). Cependant l'engagement et la participation du patient dans ses occupations sont variables et personnelles, « *il y a des gens qui vont vraiment avoir la démarche de faire le plus possible eux-mêmes* » (E2), d'autres « *qui n'ont pas le souhait de faire plus eux-mêmes* » (E2), certains pour qui « *la motivation est quasiment absente* » (E2), et « *ça leur convient très bien* » (E2) de ne pas participer et laisser un tiers intervenir à leur place. Ce manque, voire cette absence de motivation et de participation rend difficile le travail de l'ergothérapeute « *là c'est plus difficile de mettre des choses en place évidemment* » mettant en exergue la problématique de l'engagement dans des activités significatives. Il faut réussir à dissocier « *la priorité des soignants* » (E3) et celle du patient, pour éviter de créer un « *gros écart avec les personnes* » (E3). « *Pour moi c'est la volition dans le MOH qui m'aide vraiment à comprendre la personne et donc comprendre la motivation de la personne dans cette tâche* » (E1), pour certains les objectifs et motivations vont être « *liés à une perte de poids* » (E3), pour d'autres « *elles ont juste envie de sortir et rentrer chez elle* » (E3) ou encore « *les tâches essentielles du quotidien toilette-habillage, ça ne les intéresse pas du tout* » (E3).

Pour susciter de l'engagement dans leurs occupations, cela doit passer par la recherche commune des activités significatives, « *réellement aller chercher les activités pour lesquelles elles sont, elles ont un intérêt, pour lesquelles elles voudraient mieux participer* » (E3). « *Je pense qu'avec cette population-là, tout ce qui est approche TOP DOWN a beaucoup plus de sens que BOTTOM-UP en fait, parce que le fait de tout centrer sur l'occupation, la personne, sa motivation, son engagement, sera meilleure en fait sur les activités.* » (E3) préconisant parfois des aides techniques « *ça leur redonne quand même de l'autonomie* » (E2), « *redonner à la personne la possibilité de faire elle-même, c'est quand même très important* » (E2), stimulant leur participation, leur engagement, « *au niveau psychologique je pense que c'est très important aussi* » (E2).

La plupart des personnes hospitalisées pour cause d'obésité, « *n'ont plus d'activité de loisir* » (E2), mais avec l'accompagnement des professionnels de santé « *certains arrivent à retrouver un intérêt sur des loisirs* » (E3). De même, il y a de nombreux patients qui « *n'ont plus d'activité professionnelle, soit qui sont retraités, soit qui sont en invalidité depuis longtemps* » (E2). Ce

qui importe c'est que la personne puisse être capable d'identifier ses limites et de faire des choix dans la réalisation de ses activités en fonction de ses possibilités, « *quand la personne n'a pas beaucoup d'énergie, ce n'est pas nécessairement se laver, se rhabiller le matin qui est le plus important.* » (E1), « *Savoir si c'est un choix, si ça se passe bien comme ça* » (E2). L'ergothérapeute doit pouvoir rechercher si l'arrêt de l'activité est due à une perte d'envie, de motivation ou à une perte des capacités fonctionnelles nécessaires à la réalisation de cette occupation. Pour le retour à l'activité d'une personne obèse « *que l'environnement soit facilitateur et permette le maintien ou la reprise d'activité* » (E3) est très important, malheureusement « *bien souvent il n'est pas adapté pour cette population-là* » (E3) c'est pourquoi il peut y avoir une restriction de participation, en revanche si certains aménagements sont réalisés, la personne peut retrouver des activités signifiantes comme « *participer au repas avec les petits enfants et aller regarder la télé dans la salon* » (E1) limitant l'isolement au sein même du domicile.

La notion du temps est « *totalelement différent par rapport à cette population-là* » (E3), les ergothérapeutes interviewées constatent toutes l'impact de l'obésité sur le temps de réalisation d'une activité « *la plupart du temps il faut beaucoup plus de temps pour accomplir une activité* » (E2) vis-à-vis d'une personne sans handicap. Le temps passé à l'activité augmente « *parce que pour ces personnes, toute activité prend beaucoup d'énergie, c'est très fatigant et ils ralentissent petit à petit, donc la tâche peut devenir vraiment très longue.* » (E1). Pour les ergothérapeutes « *il faut aussi travailler sur ce domaine-là avec les gens* » (E2) pour qu'ils puissent réaliser qu'effectivement ils prennent plus de temps pour faire l'activité mais qu'ils sont capables de la faire, c'est « *en fonction des habitudes de vie de chacun, il ne faut pas essayer d'appliquer un calque sur des normes* » (E3).

Seule E3 mentionne la notion de satisfaction, cette satisfaction de l'activité réalisée et du temps consacré, « *ses habitudes de vie, ses objectifs et sa propre satisfaction* », c'est d'avoir « *des activités tout au long de la journée qui ont du sens pour nous* ». La personne en situation d'obésité peut alors coter sa satisfaction « *soit pendant le bilan ou sinon lors d'une séance on peut toujours demander à la personne, [...] si elle peut chiffrer ou pas sur une échelle sa satisfaction* » (E3). Elle cite également un exemple qui reprend les notions de participation, d'engagement et de satisfaction qui caractérisent l'équilibre occupationnel, « *si pour elle sa satisfaction c'est de mettre 1H30 pour avoir réalisée sa toilette le matin et de l'avoir fait totalement des pieds à la tête seule, très bien, si à l'inverse sa satisfaction c'est d'avoir mis un quart d'heure à avoir su ce qu'elle pouvait faire sur la toilette mais que ce soit quelqu'un*

*d'autre qui lui fasse le reste et par contre prendre plus de temps après sur une activité de cuisine ou de marche, ce n'est pas à nous de le décider et de le juger en fait » (E3).*

### c. Composantes des activités

Tout individu réalise des activités s'appuyant sur des composantes physique, mentale, psychologique, sociale ou émotionnelle. Il est possible d'avoir des « *occupations sur les différents plans, que ce soit l'émotionnel, le physique* » (E3) pour participer à des activités comme « *aller à l'église* » (E1) par exemple, une occupation avec une composante sociale pour « *participer à la vie familiale* » (E1) mais aussi « *avoir une activité pas seulement intellectuelle mais physique* » (E3). « *Quand on touche aux soins d'hygiène très intime* » (E2) l'aspect psychologique et émotionnel sont intimement liés, la personne souhaite avoir « *la dignité pour aller aux toilettes, pour se laver* » (E1) et donc « *pouvoir redonner à la personne la possibilité de le faire elle-même, c'est quand même très important* » (E2).

Le patient peut rencontrer plusieurs facteurs limitant sa participation occupationnelle mais « *le retentissement sur le quotidien était différent en fonction de l'IMC* » (E3). Nous pouvons, sur les dires des trois ergothérapeutes, organiser ces limitations en trois catégories.

La première comprend les « *incapacités physiques* » (E2) qui « *empêche les mouvements* » (E1) qui peuvent être liée à la « *morphologie* » (E3) de la personne. Le poids, la masse grasse et le « *déconditionnement à l'effort* » (E2) vont entraîner diverses « *difficultés* » (E3), des « *douleurs* » (E1, E2, E3) qui peuvent être articulaires et musculaires, des « *troubles respiratoire, [...] troubles trophiques et cutanés* » (E3). Les ergothérapeutes font le lien à plusieurs reprises avec la fatigue qui limite considérablement la participation occupationnelle, « *la personne fatiguait beaucoup* » (E1), « *qui donne la fatigue* » (E1), « *il y a beaucoup de fatigabilité* » (E2), « *c'est trop dur, c'est trop fatigant* » (E2), « *la fatigue va être bien plus vite présente* » (E3), « *tout ce qui va être la fatigue* » (E3).

La deuxième comprend les « *incapacités psychologiques* » (E2) résultant du « *côté émotionnel, la honte de soi-même, ou même le dégoût de soi-même* » (E1), « *l'estime de soi* » (E3) cette diminution est un facteur qui empêche la personne de s'engager dans des occupations, elle n'a « *plus envie* » (E2) ou souffre de « *dépression* » (E2) ce qui freine sa participation.

La troisième catégorie comprend les limitations dues à « *l'environnement socio-familial* » (E2) avec des « *regards discriminatoires sur la personne* » (E1), ce sont des personnes qui sont ou se sentent « *rejetées par la société* » (E2) et qui vivent dans un monde « *qui est assez cruel avec ce genre de patient* » (E2). L'environnement socio-culturel « *peut être un facteur limitant tout à fait, un facteur déclenchant très souvent et après que ça maintienne cette limite de*

*participation* » (E3), d'autres limitations peuvent s'ajouter avec un « *environnement pas adapté* » (E3) qui crée « *des difficultés des fois d'accès du domicile* » (E2) et cet aspect va « *limiter aussi leur motivation et leur participation sur des activités* » (E3).

#### d. Adaptation des activités

L'adaptation d'une activité peut être faite par la personne lorsqu'elle a accepté ses difficultés et développe des stratégies avec l'aide d'un professionnel, « *des fois la personne ne se rend pas compte qu'elle peut faire telle ou telle chose, ou alors elle dit pouvoir le faire et en fait elle a des difficultés* » (E2). L'adaptation de l'activité va requérir la plupart du temps des aides techniques ou l'aménagement de l'environnement ceci pour faciliter la réalisation de l'activité en autonomie, « *je vais pouvoir proposer des aides techniques ou des solutions d'installation pour pouvoir pallier à ce problème, je vais en discuter avec la personne* » (E2). Différents aspects sont à considérer pour l'ergothérapeute, questionner et comprendre les choix de la personne, les raisons de ses adaptations, ses habitudes de vie « *mais pourquoi elle dort dans le fauteuil ? [...] Pourquoi pas dormir dans le lit ?* » (E1), évaluer les ressources possibles, la présence d'un tiers aidant, la capacité à le solliciter « *soit j'arrive à demander de l'aide, soit je ne peux pas demander de l'aide parce que je n'ai personne autour de moi ou parce qu'au niveau psychologique ça me coûte trop de demander ça* » (E2), complétées par des visites au domicile, « *savoir quelles activités peut pratiquer la personne à son domicile* » (E2). Sans la résilience des personnes obèses les préconisations et les adaptations de matériel ne pourront pas à elles seules améliorer les conditions de vie ; « *changer leurs habitudes de vie* » (E3), « *garder cette activité qu'ils ont réussi à développer ici, à prendre du plaisir avec, à l'extérieur* » (E2). Les groupes d'Education Thérapeutique apportent un échange fort et important, une « *pair-émulation* » (E3) entre les patients, les amènent à « *cheminer sur leurs habitudes de vies* » (E3), les témoignages du groupe peuvent raviver souvenirs, expériences, ... et les amener à « *percevoir ce qu'ils peuvent changer et à profiter de leur motivation pour pouvoir en plus de la perte de poids, justement comprendre les mécanismes de l'obésité* » (E3).

#### e. Bénéfices et impacts de l'équilibre occupationnel sur la santé

L'équilibre occupationnel est « *vraiment dépendant de la personne et de ses attentes, de ses besoins donc oui ça correspond avec ce dont la personne a besoin d'accomplir* » (E2). Atteindre un équilibre occupationnel « *a de fort retentissements sur le bien-être psychologique aussi et sur l'estime de soi* » (E2), « *Ça nous donne de la satisfaction et un sentiment de bien-être qui vient de ça quand on réussit bien à faire quelque chose* » (E1). Intégrer l'équilibre

occupationnel dans l'accompagnement des personnes souffrant d'obésité est bénéfique puisqu'il donne « *la possibilité d'être plus autonome pour l'accomplissement de ses activités de vie quotidienne également professionnelles, sociales, familiales* » (E2), « *un vrai engagement de ces personnes-là sur la prise en charge et une amélioration de leur motivation* » (E3).

« *Une auto-évaluation [...] est un outil qui permet d'avoir une prise de conscience de ces personnes* » (E3) concernant les mécanismes de la maladie et ses conséquences sur les capacités de la personne, « *regarder sa vie, ses intérêts, sa motivation [...] avoir la possibilité de regarder tout ça donnera à la personne des choix dans la vie quand même. Et peut-être la possibilité pour la personne de redécouvrir ses motivations dans la vie, et à partir de là, des motivations, pour changer leurs situations* » (E1). L'ergothérapeute doit être toutefois vigilant dans l'utilisation d'outils évaluant l'équilibre occupationnel car le patient peut être confronté à « *un tableau de déséquilibre absolu, ça peut être un peu effrayant* » (E1) mais aussi permettre « *un vrai engagement de ces personnes-là sur la prise en charge et une amélioration de leur motivation* » (E3). Les aider à « *faire des choix [...] ça donne la motivation* » (E1) nécessaire pour participer activement dans des activités significatives.

### III. Discussion

Cette étude a permis de découvrir la pratique professionnelle de trois ergothérapeutes accompagnant des personnes souffrant d'obésité modérée à morbide. Leurs champs d'intervention ne s'orientent pas ou partiellement vers l'évaluation et la recherche d'un équilibre occupationnel pour le patient. Elles n'ont pas toutes connaissance du concept d'équilibre occupationnel, mais toutefois utilisent des outils d'évaluation, par entretien ou observation, permettant d'appréhender certaines notions de ce concept, notamment la participation occupationnelle, l'engagement dans les activités ou encore la satisfaction de la personne mais sans nécessairement relier ces observations à la notion d'équilibre occupationnel. Une des ergothérapeutes ayant connaissance de ce concept ne focalise pas son intervention dessus pour des raisons de service. Elles utilisent davantage des outils d'évaluation et d'accompagnement orientés vers la performance et l'autonomie de la personne dans les activités nécessaires de la vie quotidienne avec des préconisations d'aides techniques, des adaptations de l'environnement et des groupes d'éducation thérapeutique.

Une des ergothérapeutes utilise le bilan MCRO (Mesure Canadien du Rendement Occupationnel) permettant d'évaluer par une cotation chiffrée le rendement et la satisfaction de

la personne dans une activité, procédé intéressant pour que la personne soit acteur de son évaluation, qu'elle puisse rechercher ses difficultés, les prioriser et coter sa satisfaction.

Les ergothérapeutes interviewées ne connaissent pas l'Inventaire de l'Equilibre de Vie mais semblent intéressées par ce bilan. Concernant la question de l'intégration de l'équilibre occupationnel dans l'accompagnement ergothérapeutique des personnes souffrant d'obésité, les professionnelles interviewées s'accordent sur les bénéfices obtenus pour la motivation, l'engagement et la participation dans les activités choisies, aboutissant à un gain d'autonomie et un retentissement sur le bien-être psychologique.

Cette étude, en lien avec la littérature, démontre les rôles multiples de l'ergothérapeute auprès des personnes obèses, aussi bien sur des séances de rééducation fonctionnelle pour l'équilibre et les déplacements, que par la réadaptation en compensant les déficits par du matériel ou des aménagements de l'environnement et des activités, ou encore par des groupes d'Education Thérapeutique du Patient.

La stigmatisation et la discrimination sociale et médicale sont des éléments repérés dans la revue de littérature, les ergothérapeutes interviewées le confirment, la peur du jugement influence le choix des activités, impactant aussi la santé des personnes obèses. Le jugement des professionnels de santé, la non-reconnaissance de l'obésité comme handicap, le report de la faute sur la personne, le rejet de la société sont des constats jouant sur la demande d'aide médicale tardive, augmentant les comorbidités. La diminution de l'estime de soi, la honte et le dégoût de soi cristallisent les difficultés à s'exprimer, à consulter, affectant ainsi la qualité de vie.

Nous pouvons constater une cohérence entre les propos repérés dans les entretiens et la revue de littérature, validant l'hypothèse, l'Inventaire de l'Equilibre de Vie est un outil intéressant à utiliser dans le cadre d'un accompagnement ergothérapeutique auprès des personnes souffrant d'obésité. Dans une perspective professionnelle, il serait pertinent d'avoir davantage de retours d'ergothérapeutes et de personnes obèses sur l'utilisation de cet outil.

Ce travail de recherche ainsi que les résultats récoltés comportent certains biais.

Tout d'abord, la préparation du guide d'entretien et des matrices d'analyse a été réalisé à partir des concepts étudiés dans la recherche, la formulation des questions a pu orienter de façon fortuite la réponse des interviewée vers les éléments recherchés.

Selon la loi Jardé, le recueil d'informations auprès des patients est soumis à des règles et des autorisations très spécifiques. Ces informations médicales ne peuvent pas être utilisées comme telles, les réponses obtenues lors des entretiens sont celles des ergothérapeutes interviewées se

basant sur leur expérience professionnelle propre et leurs observations. Les remarques et données concernant directement les patients sont moins fiables et plus difficiles à analyser. La difficulté de l'intervieweur à relancer et approfondir un sujet, par manque d'expérience, peut être une limite dans l'échange et le recueil d'informations auprès du professionnel. L'analyse réalisée est qualitative, c'est une analyse catégorielle du contenu des entretiens effectués à l'aide de matrices créées, cette méthode comporte une notion de subjectivité et de perte d'information non négligeable.

Le nombre de trois ergothérapeutes ne peut pas être représentatif de toute la population d'ergothérapeutes travaillant avec les personnes en situation d'obésité. Pouvoir comparer le travail d'accompagnement auprès de cette population en dehors du système médical français, a enrichie ce travail. L'une des trois ergothérapeutes a travaillé en Angleterre, le système de santé est différent, les missions et les objectifs peuvent varier, mais la problématique de l'équilibre occupationnel reste présente, une thématique à approfondir et à développer avec des équipes pluridisciplinaires auprès des personnes souffrant d'obésité.

## Conclusion

L'obésité est une maladie complexe aux multiples causes et conséquences, cependant il existe encore un certain nombre de personnes appartenant à l'environnement social, médical ou professionnel des personnes souffrant d'obésité qui ne la considèrent pas comme une pathologie. Les stigmatisations et les complications médicales des personnes obèses perturbent leur état physique et psychologique.

La diversité actuelle de méthodes d'intervention ergothérapique dans les secteurs de l'obésité modérée à morbide tend à favoriser l'autonomie de la personne, au travers d'évaluations, de séances de rééducation, de méthodes de réadaptation et de réhabilitation complétées par une démarche d'Education Thérapeutique du Patient. Toutefois les notions de participation occupationnelle et de satisfaction qui caractérisent l'équilibre occupationnel sont peu ou pas intégrées dans les accompagnements alors qu'elles pourraient les renforcer et permettre ainsi davantage de motivation et d'engagement occupationnel dans les activités significatives.

Le mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'acquérir des compétences dans la recherche scientifique conforme à la méthodologie universitaire. Ce travail a élargi mes connaissances sur les différents aspects de la pratique professionnelle en ergothérapie, également sur l'obésité et son accompagnement pluridisciplinaire. L'élaboration d'un guide et la réalisation d'entretien auprès d'ergothérapeutes ont développé ma capacité à les mener et à les analyser de manière plus réflexive et critique. « *Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle* » (Portfolio de l'étudiant en ergothérapie) est une compétence à acquérir au cours de la formation. A l'issue de l'évaluation des pratiques professionnelles des trois ergothérapeutes interviewées dans cette recherche, nous émettons une proposition d'amélioration de la pratique professionnelle par l'utilisation de l'Inventaire de l'Equilibre de Vie auprès de la population souffrant d'obésité.

Une recherche qui évaluerait l'impact immédiat et à terme de l'utilisation du bilan, Inventaire de l'Equilibre de Vie, dans le suivi ergothérapique des personnes souffrant d'obésité densifierait ce travail de recherche.

# Bibliographie

- Ameli.fr. (2019, novembre 14). *Surpoids et obésité de l'adulte : Définition, causes et risques* [Assurance maladie]. Ameli.fr. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-adulte/definition-causes-risques>
- ANFE. (2019, février). *La profession*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Backman, C. (2004). Occupational Balance : Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being. *CAOT Publications ACE*, 71(4), 202-209.
- Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., & Tétreault, S. (2018). Engagement occupationnel : Construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. In *Engagement, Occupation et Santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, p. 47-57). ANFE.
- Castetbon, K., Vernay, M., Deschamps, V., Salanave, B., Malon, A., & Hercberg, S. (2008). Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du programme national nutrition santé (PNNS)—Etude nationale nutrition santé (ENNS, 2006) : Prévalences de l'obésité, de l'hypertension artérielle et des dyslipidémies. *Obes*, 3, 19-26. <https://doi.org/10.1007/s11690-008-0104-x>
- Charmillot, M., Lagger, G., Lasserre Moutet, A., & Golay, A. (2011). Comprendre l'expérience de vie des personnes obèses : Un apport pour l'éducation thérapeutique du patient. *Revue Médicale Suisse*, 7, 686-690.
- Dieterle, C. (2018). *Managing Obesity in Adults : A Role for Occupational Therapy*. 1-8.
- Doroud, N., Fossey, E., & Fortune, T. (2015). Recovery as an occupational journey : A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62, 378-392. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12238>

- Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model : A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions* (Draft).
- Gonin, H., RUFFEL, A., & Caire, J.-M. (2018). Enquête sur la perception des conséquences de l'obésité sur les activités du quotidien chez 21 femmes inscrites en éducation thérapeutique. *ergOTHérapies*, 70, 51-56.
- Haute Autorité de Santé. (2011). *Surpoids et obésité de l'adulte : Prise en charge médicale de premier recours* [Synthèse des recommandations de bonne pratique].
- Insee. (2019). *Indicateurs pour le suivi national des objectifs de développement durable* (Objectif 2; p. 1-3).
- INSERM. (2008). Obésité. In *Activités physique Contextes et effets sur la santé* (Les éditions Inserm, p. 447-484).
- INSERM. (2014, janvier). *Obésité*. Inserm - La science pour la santé.  
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
- INSERM. (2019). *Obésité | une maladie des tissus adipeux*. Inserm - La science pour la santé.  
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
- Kühne, N., & Tétreault, S. (2017). Equilibre occupationnel et ergothérapie : Quels sont les enjeux rencontrés et les stratégies utilisées par les ergothérapeutes et les étudiant-e-s ? *Occupation Humaine et Santé (OHS)*, 15-18.
- Larivière, N. (2018). Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie. *Occupation Humaine et Santé*, 4(2), 9-10.
- Larivière, N. (2019). Evaluer l'équilibre occupationnel : Quels outils sont actuellement disponibles ? *4èmes Assises Nationales de l'Ergothérapie*, 101-112.
- Larivière, N., & Levasseur, M. (2016). Traduction et validation du questionnaire ergothérapique l'Inventaire de l'équilibre de vie. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 8(2), 103-114.  
<https://doi.org/10.1177/0008417416632260>
- Ligue Contre l'Obésité. (s. d.). *L'obésité*. Ligue Contre l'Obésité. Consulté 2 mai 2020, à l'adresse  
<https://www.liguecontrelobesite.org/fr/obesite-le-grand-mensonge/>

- Matta, J., Zins, M., Feral-Pierssens, A. L., Carette, C., Ozguler, A., Goldberg, M., & Czernichow, S. (2016). Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *BEH* 35-36, 640-646.
- Matuska, K. M., & Christiansen, C. H. (2008). A Proposed Model of Lifestyle Balance. *Journal of Occupation Science*, 15(1), 9-19. <https://doi.org/10.1080/14427591.2008.9686602>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (De Boeck Supérieur). De Boeck Supérieur.
- Meyer, S. (2018). La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. In *Engagement, Occupation et Santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, p. 17-25). ANFE.
- Mignet, G., Doussin-Antzer, A., & Sorita, E. (2017). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1949-2010). In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (2<sup>e</sup> éd., p. 72-85). Solal eds.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020, avril 29). *Obésité*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/>
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (s. d.). *Action 9 : Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou multi compliquée à des prises en charge adaptées en SSR* (Plan Obésité Axe 1, Mesure 1.6). Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
- Muller-Pinget, S., Pataky, Z., Golay, A., Armand, S., & Allet, L. (2012). Déficits fonctionnels des personnes obèses et rôle de la danse-thérapie. *Revue Médicale Suisse*, 8, 687-691.
- Nielsen, S. S., & Christensen, J. R. (2018). Occupational Therapy for Adults with Overweight and Obesity : Mapping Interventions Involving Occupational Therapists. *Occupational Therapy International*, 2018, 17. <https://doi.org/10.1155/2018/7412686>
- ObEpi. (2012). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité* (Enquête ObEpi 2012; ObEpi). INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE.
- OMS. (1996). Quelle qualité de vie ? *Forum Mondiale de la Santé*, 17, 384-386.

- Pena Pena, M., Urdapilleta, I., Tavani, J. L., Pruzina, I., & Verhiac, J.-F. (2016). Représentations sociales de la personne obèse et de l'obésité : Effets de la situation de contact. *Psychologie Française, 61*(3), 235-250. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2015.05.003>
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination, and Obesity. *Obesity Research, 9*(12), 788-805. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.108>
- Riou, G., Katsaros, I., & Poullain, C. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives*. ANFE.
- Rogers, S. (2016). Life balance : Science and stories of everyday living. *journal of occupational science, 23*(4), 533-534. <https://doi.org/10.1080/14427591.2016.1226686>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadgrowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H.-R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., ... Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine, 26*(4), 485-497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Sittarame, F., Lagger, G., Chambouleyron, M., Lasserre Moutet, A., Joly, C., Vergotte, S., Pataky, Z., & Golay, A. (2014). Réadaptation : Les patients obèses aussi ? *Revue Médicale Suisse, 10*, 691-695.
- Sutton, D., Hocking, C., & Smythe, L. (2012). A phenomenological study of occupational engagement in recovery from mental illness. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 79*, 142-150. <https://doi.org/10.2182>
- Taylor, V. H., Forhan, M., Vigod, S. N., Mc Intyre, R. S., & Morrison, K. M. (2013). The impact of obesity on quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 27*, 139-146.
- Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. In *Guide pratique de recherche en réadaptation* (Vol. 1, p. 215-245).
- Tibere, L., Poulain, J.-P., Pacheco da Costa Proenca, R., & Jeannot, S. (2007). Adolescents obèses face à la stigmatisation. *Obésité, 2*(2), 173-181. <https://doi.org/10.1007/s11690-007-0056-6>

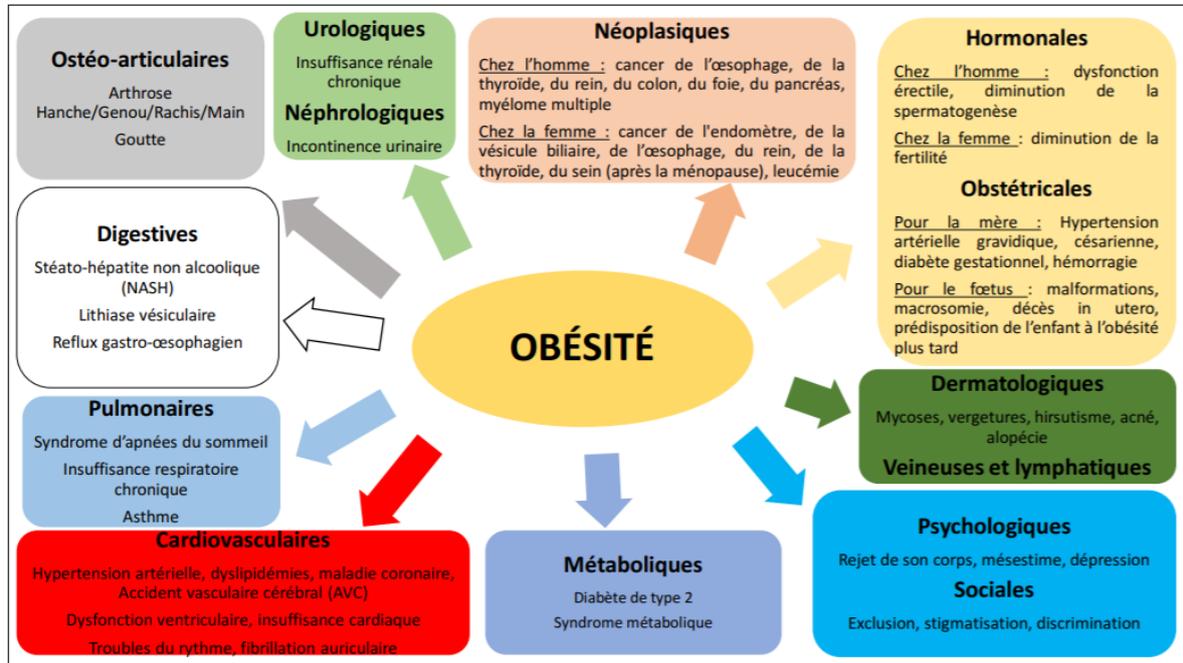
- Ung, Y., Tétreault, S., Biffault, X., & Morgiève, M. (2018). Exploration de l'équilibre de vie des personnes présentant des troubles obsessionnels compulsifs (TOC). *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 1-16. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.125>
- Verdot, C., Torres, M., Salanave, B., & Deschamps, V. (2017). Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude ESTEBAN et évolution depuis 2006. *BEH* 13, 234-241.
- Vial, M. (2005). *Modèles de l'évaluation et formation des professionnels de la Santé*. 1-9.
- Wagman, P., Hakansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy : A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
- Wilcock, A. (2006). *An occupational Perspective of Health* (SLACK Incorporated).

## **Annexes**

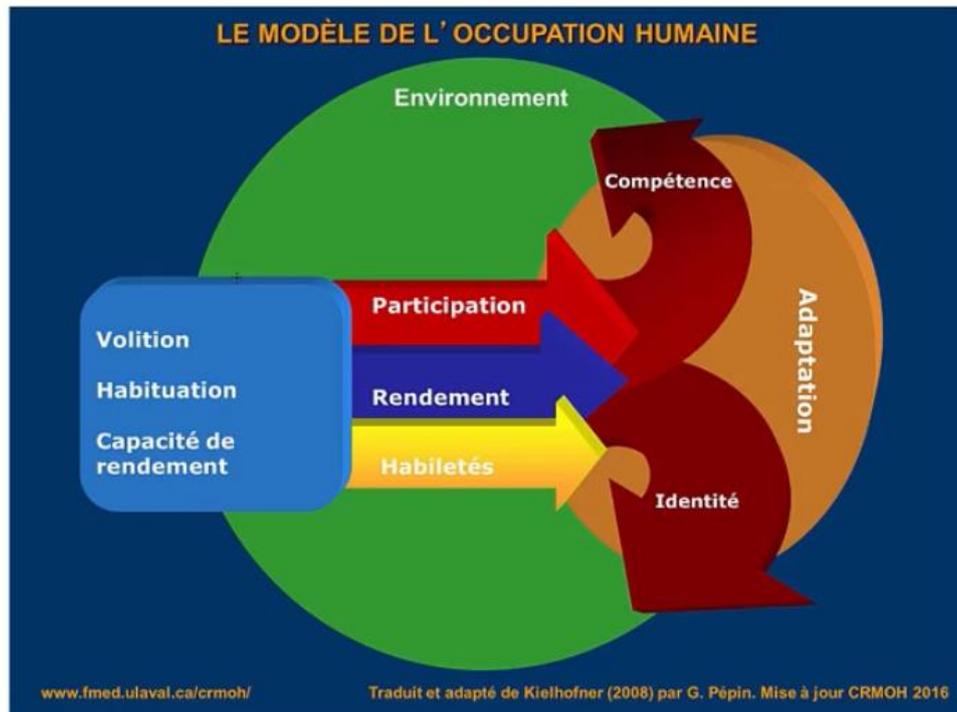
Annexe I. LES COMPLICATIONS LIEES A L'OBESITE.....	I
Annexe II. MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE .....	I
Annexe III. INVENTAIRE DE L'EQUILIBRE DE VIE .....	II
Annexe IV. GUIDE D'ENTRETIEN.....	VII
Annexe V. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	X
Annexe VI. VERBATIM E1 .....	XI
Annexe VII. VERBATIM E2.....	XXIV
Annexe VIII. VERBATIM E3 .....	XXXIX
Annexe IX. MATRICE D'ENTRETIEN .....	LIII
Annexe X. TABLEAUX D'ANALYSE DES ENTRETIENS .....	LVI

## Annexe I. LES COMPLICATIONS LIEES A L'OBESITE

Surpoids, Obésité  
Complications



## Annexe II. MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE



## Annexe III. INVENTAIRE DE L'ÉQUILIBRE DE VIE

### Inventaire de l'équilibre de vie

Traduction du Life Balance Inventory (Matuska, 2010)

Traduction de N. Larivière, erg., Ph. D. et M. Levasseur, erg., Ph. D. en collaboration avec Lucie Moleski, étudiante en ergothérapie; Francisca Beloin, étudiante en ergothérapie; Cynthia Humphrey, erg.; Andrew Freeman, erg., Ph. D.; Ginette Aubin, erg., Ph. D., et révisée par Stéphanie Boucher, traductrice professionnelle

NOM : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

**Consignes :** Veuillez répondre aux énoncés suivants en deux étapes.

**ÉTAPE 1 :** Parmi les activités énoncées, indiquez celles que vous faites ou que vous voulez faire en encerclant OUI ou NON.

**ÉTAPE 2 :** Pour les activités pour lesquelles vous avez encerclé OUI, évaluez si le temps que vous avez **réellement** consacré à chacune des activités **au cours du dernier mois** correspond au temps que vous vouliez lui consacrer

1

**ÉTAPE 2 :** Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé **OUI**, le temps consacré à cette activité est :

ÉTAPE 1 :			TOUJOURS	PARFOIS	AUTANT ou	PARFOIS	TOUJOURS	
JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité			MOINS	MOINS	PRÈS	PLUS	PLUS	
			que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	
1.	Oui	Non	Prendre soin de mon hygiène personnelle et me laver	1	2	3	2	1
2.	Oui	Non	Prendre soin de mon apparence	1	2	3	2	1
3.	Oui	Non	Dormir suffisamment et de manière satisfaisante	1	2	3	2	1
4.	Oui	Non	Me détendre	1	2	3	2	1
5.	Oui	Non	Faire de l'exercice physique régulièrement	1	2	3	2	1
6.	Oui	Non	Manger sainement	1	2	3	2	1
7.	Oui	Non	Prendre soin de ma santé (pression artérielle, vitamines, glucomètre, etc.)	1	2	3	2	1
8.	Oui	Non	Gérer mes finances (factures, budget, investissements)	1	2	3	2	1
9.	Oui	Non	Conduire (tout type de véhicule)	1	2	3	2	1
10.	Oui	Non	Prendre l'autobus	1	2	3	2	1

2

**ÉTAPE 2 :** Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé **OUI**, le temps consacré à cette activité est :

<b>ÉTAPE 1 :</b> <b>JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité</b>				<b>TOUJOURS MOINS</b> que je voudrais	<b>PARFOIS MOINS</b> que je voudrais	<b>AUTANT ou PRÈS</b> que je voudrais	<b>PARFOIS PLUS</b> que je voudrais	<b>TOUJOURS PLUS</b> que je voudrais
11.	Oui	Non	Faire des activités avec des membres de ma famille	1	2	3	2	1
12.	Oui	Non	Faire des activités avec mon (ma) conjoint(e) ou avec mon (ma) partenaire	1	2	3	2	1
13.	Oui	Non	Faire des activités avec mes ami(e)s	1	2	3	2	1
14.	Oui	Non	Prendre soin des membres de mon entourage (famille, enfants, amis, voisins)	1	2	3	2	1
15.	Oui	Non	Avoir une relation sexuelle intime	1	2	3	2	1
16.	Oui	Non	Participer à des groupes (clubs sociaux : club de lecture, club de cartes, cours, etc.)	1	2	3	2	1
17.	Oui	Non	Rencontrer de nouvelles personnes	1	2	3	2	1
18.	Oui	Non	Avoir un emploi rémunéré	1	2	3	2	1
19.	Oui	Non	Acquérir des compétences dans mon emploi	1	2	3	2	1

3

**ÉTAPE 2 :** Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé **OUI**, le temps consacré à cette activité est :

<b>ÉTAPE 1 :</b> <b>JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité</b>				<b>TOUJOURS MOINS</b> que je voudrais	<b>PARFOIS MOINS</b> que je voudrais	<b>AUTANT ou PRÈS</b> que je voudrais	<b>PARFOIS PLUS</b> que je voudrais	<b>TOUJOURS PLUS</b> que je voudrais
20.	Oui	Non	Avoir des interactions sociales au travail	1	2	3	2	1
21.	Oui	Non	Participer à des activités religieuses officielles	1	2	3	2	1
22.	Oui	Non	Participer à des fêtes ou des activités traditionnelles (anniversaires, cérémonies religieuses, Noël, etc.)	1	2	3	2	1
23.	Oui	Non	Participer aux activités éducatives dans des milieux d'enseignement ou dans la communauté	1	2	3	2	1
24.	Oui	Non	Prendre part à des activités d'une association ou d'un ordre professionnel	1	2	3	2	1
25.	Oui	Non	Faire du bénévolat au sein de la communauté	1	2	3	2	1
26.	Oui	Non	Participer à un sport organisé	1	2	3	2	1
27.	Oui	Non	Faire des activités de plein air (chasse, pêche, randonnée, etc.)	1	2	3	2	1

4

**ÉTAPE 2 :** Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé **OUI**, le temps consacré à cette activité est :

<b>ÉTAPE 1 :</b>			<b>TOUJOURS MOINS</b>	<b>PARFOIS MOINS</b>	<b>AUTANT ou PRÈS</b>	<b>PARFOIS PLUS</b>	<b>TOUJOURS PLUS</b>	
<b>JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité</b>			que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	
28.	Oui	Non	Jardiner	1	2	3	2	1
29.	Oui	Non	Entrer en contact avec la nature (s'asseoir dans un parc, écouter le chant des oiseaux, etc.)	1	2	3	2	1
30.	Oui	Non	Planifier et coordonner des événements	1	2	3	2	1
31.	Oui	Non	Décorer ou aménager des espaces (organiser son espace personnel ou de bureau)	1	2	3	2	1
32.	Oui	Non	Cuisiner	1	2	3	2	1
33.	Oui	Non	Entretenir mon domicile	1	2	3	2	1
34.	Oui	Non	Magasiner (Europe: faire du shopping)	1	2	3	2	1
35.	Oui	Non	Prendre soin d'animaux de compagnie	1	2	3	2	1
36.	Oui	Non	Aller au restaurant ou dans des bars	1	2	3	2	1
37.	Oui	Non	Aller au théâtre, au cinéma ou assister à des événements sportifs	1	2	3	2	1

5

**ÉTAPE 2 :** Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé **OUI**, le temps consacré à cette activité est :

<b>ÉTAPE 1 :</b>			<b>TOUJOURS MOINS</b>	<b>PARFOIS MOINS</b>	<b>AUTANT ou PRÈS</b>	<b>PARFOIS PLUS</b>	<b>TOUJOURS PLUS</b>	
<b>JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité</b>			que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	que je voudrais	
38.	Oui	Non	Faire de l'artisanat, avoir des passe-temps (scrapbooking, faire de la photo, collections, etc.)	1	2	3	2	1
39.	Oui	Non	Jouer de la musique	1	2	3	2	1
40.	Oui	Non	Faire des activités artistiques (peinture, théâtre, musique, sculpture, etc.)	1	2	3	2	1
41.	Oui	Non	Entretenir ou réparer des appareils	1	2	3	2	1
42.	Oui	Non	Faire de la couture, des travaux d'aiguille	1	2	3	2	1
43.	Oui	Non	Lire	1	2	3	2	1
44.	Oui	Non	Utiliser un ordinateur (traitement de textes, Internet, blogues)	1	2	3	2	1
45.	Oui	Non	Faire de longues et profondes réflexions ou méditer	1	2	3	2	1
46.	Oui	Non	Écrire dans mon journal intime	1	2	3	2	1
47.	Oui	Non	Composer, écrire (musique, poèmes, etc.)	1	2	3	2	1

6

**ÉTAPE 2 :** Pour les activités pour lesquelles j'ai encerclé **OUI**, le temps consacré à cette activité est :

<b>ÉTAPE 1 :</b> <b>JE FAIS cette activité ou JE VOUDRAIS FAIRE cette activité</b>			<b>TOUJOURS MOINS</b> que je voudrais	<b>PARFOIS MOINS</b> que je voudrais	<b>AUTANT ou PRÈS</b> que je voudrais	<b>PARFOIS PLUS</b> que je voudrais	<b>TOUJOURS PLUS</b> que je voudrais	
48.	Oui	Non	Danser, faire du yoga, faire du tai-chi, etc. (arts expressifs par le mouvement)	1	2	3	2	1
49.	Oui	Non	Jouer à des jeux d'habileté (cartes, jeux électroniques, etc.)	1	2	3	2	1
50.	Oui	Non	Regarder la télévision	1	2	3	2	1
51.	Oui	Non	Faire du mentorat (enseigner)	1	2	3	2	1
52.	Oui	Non	Voyager (tous les moyens de transport, localement, mondialement)	1	2	3	2	1
53.	Oui	Non	Raconter des histoires	1	2	3	2	1

## Inventaire de l'équilibre de vie :

### Cotation :

Score total (score des items cochés « oui » / # items cochés oui):

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Interprétation	
1,00 – 1,49	Très déséquilibré
1,50 – 1,99	Déséquilibré
2,00 – 2,49	Moyennement équilibré
2,50 – 3,00	Très équilibré

### Sous-échelles :

(1) Satisfaire besoins de base pour santé et sécurité (n = 6) : 1, 3, 4, 5, 6, 7

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ =

(2) Avoir des relations satisfaisantes (n = 10): 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 35, 51

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ =

(3) Se sentir engagé, mis au défi et compétent (n = 20) : 8, 18, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 49, 50, 52, 53

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ =

(4) Donner un sens à sa vie et avoir une identité personnelle positive (n = 15) : 2, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32, 33, 34, 37, 45, 46, 47

Score = score des items cochés « oui » / # items cochés oui = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ =

*Note : les items « conduire » et « prendre autobus » vont dans le score total seulement.*

## **Annexe IV. GUIDE D'ENTRETIEN**

*Bonjour,*

*Je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Toulouse. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire de fin d'études portant sur l'équilibre occupationnel des personnes en situation d'obésité, je souhaiterais échanger avec vous sur l'accompagnement que vous proposez à cette population.*

*Dans cet entretien d'environ 45 minutes, nous aborderons les concepts d'obésité, d'ergothérapie et d'équilibre occupationnel des personnes souffrant d'obésité.*

*Acceptez-vous que j'enregistre cet entretien ? L'ensemble des informations recueillies resteront anonymes et seront analysées dans le cadre de ma recherche.*

**1) Pouvez-vous vous présenter et m'expliquer votre parcours de formation et professionnel ?**

**a.** Comment vous êtes-vous intéressée à cette population ?

**2) Dans quel type de structure accompagnez-vous ou avez-vous accompagné les personnes obèses ?**

**a.** Pendant combien d'année avez-vous travaillé avec les personnes obèses ?

**b.** Quel était votre rôle au sein de la structure ?

**c.** Avec quels professionnels travailliez-vous ?

**d.** Travaillez-vous en équipe pluridisciplinaire ?

○ Si oui, comment s'organise le travail interprofessionnel, la collaboration ?

*Comme vous le savez, l'obésité est un sujet actuel de santé publique, elle a une incidence sur l'ensemble du corps, génère des incapacités et des restrictions de participation au quotidien. Nous allons aborder les notions d'obésité et d'accompagnement en ergothérapie avec les phases d'évaluation, d'intervention et de réévaluation.*

**3) Pouvez-vous me décrire votre démarche d'accompagnement auprès de la population obèse ?**

**a.** Quel est le projet de votre accompagnement ergothérapeutique ?

**b.** Sur quoi travaillez-vous avec les personnes obèses ? (AVQ, aspect émotionnel/psychologique/social, réengagement dans les activités – effort physique)

- c. Combien de temps accompagnez-vous une personne obèse et à quelle fréquence ?
- 4) **Pouvez-vous me dire ce qui est important pour vous dans les soins auprès des personnes obèses ?**
  - a. Quelles sont les demandes des patients ?
- 5) **Que représente l'évaluation en ergothérapie et à quoi sert-elle pour vous ?**
  - a. Que recherchez-vous dans l'évaluation d'une personne ?
  - b. Comment établissez-vous les objectifs d'intervention ?
  - c. Quand faites-vous les évaluations ?
  - d. Utilisez-vous des bilans standardisés, validés et normés ?

*Nous allons désormais aborder le concept d'équilibre occupationnel, **Pouvez-vous me donner votre définition de l'équilibre occupationnel ?***

*Pour que nous puissions échanger sur la même notion, je vais vous donner une définition de l'équilibre occupationnel. Il correspond à la satisfaction d'avoir une quantité et une diversité suffisantes d'occupations dans le temps. Une occupation correspond à une activité signifiante réalisée par besoin, envie ou obligation, en prenant compte de l'environnement. Les composantes de cette activité peuvent être physique, mentale, sociale ou émotionnelle.*

- 6) **Comment accompagnez-vous les personnes autour des thématiques de l'obésité et des occupations ?**
  - a. A quoi faites-vous attention particulièrement pour cette population ? (Fatigue, douleur, estime de soi, motivation)
  - b. Est-ce que la personne est sollicitée pour établir le plan d'intervention ?
- 7) **Comment évaluez-vous l'occupation pour un personne obèse ?**
  - a. Quels méthodes et outils utilisez-vous ?
    - Quels sont les avantages et les désavantages de ces outils ?
  - b. Quels sont les domaines d'activités que vous évaluez ?
  - c. Dans quelles conditions faites-vous les évaluations ?
  - d. Dans quel but ?
- 8) **Comment observez-vous l'équilibre occupationnel de la personne obèse ?**
  - a. Comment repérez-vous les difficultés occupationnelles ?
    - Avec quels outils ?
  - b. Comment observez-vous l'engagement de la personne dans ses occupations ?
    - Avec quels outils ?

- c. Comment observez-vous la satisfaction d'une personne vis-à-vis d'une occupation ?
  - Avec quels outils ?
- d. Comment évaluez-vous la temporalité de l'activité et la satisfaction de la personne à son sujet ?
  - Avec quels outils ?
  - Le référentiel de temps est-il différent pour cette population ?
- e. Connaissez-vous l'auto-questionnaire Inventaire de l'Equilibre de Vie ?
  - L'avez-vous déjà utilisé ?

**9) En quoi l'intégration de l'équilibre occupationnel dans l'accompagnement ergothérapeutique peut être bénéfique pour les personnes souffrant d'obésité ?**

- a. Quels sont les bénéfices pour la personne ?
- b. Est-ce que ça peut être facilitateur pour sa participation occupationnelle/sociale ?
- c. Est-ce que ça peut favoriser l'implication de la personne dans le choix des activités ?

**10) Comment évaluez-vous l'impact de la participation occupationnelle sur la santé du patient ?**

- a. La notion de santé implique-t-elle le bien-être pour vous ?
- b. L'équilibre occupationnel est-il un indicateur de la qualité de vie ?
- c. Quels sont les principaux facteurs limitants la participation occupationnelle ?  
(Personnels, environnementaux (physique/social/familial/pro))

**Pour finir, pouvez-vous me raconter une situation où vous avez senti que votre intervention avait particulièrement servi pour favoriser l'équilibre occupationnel d'une personne souffrant d'obésité ? (Ou au contraire une situation où ça n'a pas du tout fonctionné) et pourquoi ?**

*Merci pour le temps que vous m'avez accordé. Je peux vous envoyer une copie de la retranscription de cet entretien si vous le souhaitez et une copie de mon mémoire quand il sera terminé.*

## Annexe V. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



### Formulaire de **consentement** pour films, enregistrements sonores, magnétoscopiques et autres

Je, soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
Prénom et nom en lettres majuscules

accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio ou vidéo.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiant  
\_\_\_\_\_ JEANNE VIMOND \_\_\_\_\_ en formation à l'Institut de Formation en  
Ergothérapie de Toulouse.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par  
l'étudiant dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Seuls l'étudiant, sa superviseure ou son superviseur, sa référente ou son référent de mémoire,  
pourront avoir accès à l'enregistrement pour aider à l'analyse de ce dernier.

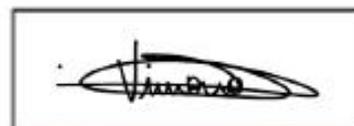
Le support audio, vidéo ou numérique ne doit pas sortir du cadre de l'Institut de Formation en  
Ergothérapie de Toulouse. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon  
à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de  
recherche du mémoire.

Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage  
qui sera fait de ces enregistrements.

Signatures :



Personne consentante



Etudiant qui réalise l'enregistrement

Fait à : \_\_\_\_\_  
Lieu de signature

Date : \_\_\_\_\_  
Jour/Mois/Année

N. B : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire  
conformément aux textes législatifs en vigueur. Le cas échéant, prière de mentionner à quel  
titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Ce document doit être imprimé en double exemplaire et est à conserver par les deux personnes  
concernées.



Institut de Formation en Ergothérapie  
de Toulouse

## **Annexe VI. VERBATIM E1**

JV : Je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Toulouse, et dans le cadre de ma formation je réalise un mémoire de fin d'étude qui porte sur l'équilibre occupationnel des personnes en situation d'obésité. Et du coup je souhaiterais échanger avec vous sur l'accompagnement que vous avez proposé auprès de cette population dans votre carrière. Je pense que l'entretien va durer environ 45 minutes, est-ce que c'est bon ?

E1 : Oui ça va

JV : Et du coup on abordera les concepts d'obésité, d'ergothérapie et d'équilibre occupationnel des personnes souffrantes d'obésité

E1 : Ok

JV : Est-ce que vous pouvez vous présenter et expliquer votre parcours de formation et votre parcours professionnel en tant qu'ergothérapeute ?

E1 : D'accord donc j'ai fait ma formation, j'ai fini en 2007, donc c'était un changement de carrière et avant de faire la formation j'avais travaillé dans un hôpital, dans des services différents mais surtout la rééducation. Après la formation donc j'ai travaillé dans la réinsertion professionnelle et aussi pour les services sociaux donc un peu comme la MDPH, visiter les maisons des personnes. Au niveau de formation donc j'ai fait une formation je pense que c'est l'équivalent master 1 et autrement j'ai fait des comment dire, des petites formations sur l'obésité aussi et aussi quand je travaillais pour les services sociaux puisque c'était un problème assez connu où on avait des formations sur l'obésité spécifiquement pour les ergos qui travaillaient dans les services sociaux.

JV : Et vraiment spécifique à l'ergothérapie ou ouverte à plusieurs professionnels du coup ?

E1 : Oui oui spécifique à ergothérapie parce que notre rôle dans les services sociaux était, oui de trouver les bonnes méthodes de se déplacer, aider les personnes dans toutes les tâches fonctionnelles, mais c'était souvent aussi de, d'aider les aidants, soit les aidants familiaux soit les aidants payés, à déplacer les personnes, donc la manutention etc... Donc c'était vraiment notre rôle de guider et de conseiller et donc il fallait absolument qu'on ait de bonnes idées sur la pratique recommandée pour déplacer les personnes sur-obèses donc pour aider les autres.

JV : D'accord, et comment ça vous est venu cet intérêt pour la population obèse ?

E1 : Et bah je pense que c'est parce que pour moi, ce que j'avais remarqué, déjà un petit peu quand je travaillais dans les hôpitaux, mais après ma formation quand j'ai travaillé pour les services sociaux, il y avait parmi les professionnels des attitudes, je dirai pas forcément une discrimination mais des attitudes qui étaient un peu discriminatoires si vous voulez et pour moi ça c'est pas ergothérapie, ça c'est pas aide-soignant, ça c'est pas infirmier, ça c'est pas notre esprit d'avoir des attitudes envers une personne. Et je voyais aussi donc la réaction des personnes, donc des clients, des patients, quand ils se sont rendu compte de l'attitude du professionnel, et donc bah je ne sais pas, ça m'a passionné parce que je me suis dit c'est quand même une personne qui a besoin d'aide. Cette personne n'a pas besoin d'une attitude négative.

JV : D'accord, du coup combien de temps vous avez travaillé auprès de ces personnes obèses du coup ?

E1 : Donc ce n'était pas exclusivement mais il y en avait pas mal, on en avait pas mal dans le service. En tout j'ai travaillé 4 ans avec ces personnes et puis après j'ai continué à faire de la recherche parce qu'à ce moment-là j'ai commencé à travailler à l'université en ergothérapie donc voilà.

JV : D'accord et vous travaillez avec d'autres professionnels aussi ou c'était que des ergothérapeutes ?

E1 : C'était une équipe d'ergothérapeutes au sein des services sociaux, mais ont travaillé à côté des assistants sociaux aussi à distances on travaillait avec des kinés aussi un petit peu avec les infirmiers mais pour la plupart c'était les ergos.

JV : D'accord, et du coup je vais rentrer vraiment dans le vif du sujet donc comme vous le savez, l'obésité c'est un sujet de santé publique actuel, qui du coup a une incidence très importante sur l'ensemble du corps et sur la participation occupationnelle, et donc là on va aborder les notions d'obésité et d'accompagnement en ergothérapie avec les phases d'évaluation, d'intervention et de réévaluation du coup. Est-ce que vous pouvez me dire votre démarche d'accompagnement auprès des personnes obèses au moment où vous avez travaillé avec elle ? Quel était le projet de l'accompagnement en ergothérapie ?

E1 : Souvent dans les services sociaux, c'était déjà un petit peu prescrit, ce qu'on allait faire avec eux, mais moi je commençais toujours avec une attitude aussi ouverte que possible, donc on aurait peut-être cette personne a des difficultés pour se lever par exemple, comme ça, oui mais quels sont les problèmes pour la personne en, dans la globalité et dans leur vie, qu'est-ce

qui intéresse la personne, qu'est-ce que la personne veut faire ? etc... Donc, et quand la personne n'a pas beaucoup d'énergie, ce n'est pas nécessairement se laver, se rhabiller le matin qui est le plus important. Donc c'était vraiment le début des entretiens, c'était vraiment pour moi le moment de découvrir la personne.

JV : D'accord, et est-ce que vous, sur quoi vous travailliez vraiment avec les personnes du coup souffrant d'obésité ? c'est vraiment varié, ça peut être les AVQ, l'aspect émotionnel, le psychologique, le réengagement dans l'activité, tous ça vous le preniez en compte quand vous voyiez la personne à chaque fois ?

E1 : Alors on était extrêmement contraint dans ce qu'on était permis de faire, donc c'était vraiment, nous c'était vraiment, on était contraints dans tout ce qui était manutention, des équipements, des adaptations, ou des changements dans la maison

JV : Contraints par rapport à quoi ?

E1 : Par rapport à, pour vous donner des exemples, alors par exemple, une personne qu'on a, on a découvert que la personne dormait dans son fauteuil, et à plusieurs reprises a dû appeler les secours parce qu'elle a glissé dans le fauteuil sur la moquette et elle ne pouvait plus se relever.

JV : D'accord

E1 : Et à plusieurs reprises elle a dû appeler les secours parce qu'elle était coincée par terre. Et donc à partir de là le, la demande, je pense que la demande c'était, elle a besoin d'un nouveau fauteuil, mais en tant qu'ergo on s'est demandé toute suite, mais pourquoi elle dort dans le fauteuil ? il y a un problème là. Et donc, mais là c'était toute une ouverture sur la vie de la personne, comment est-ce que la personne fait parce qu'elle ne pouvait pas marcher, pas très loin, quelques mètres seulement. Comment est-ce que la personne arrivait à avoir de la nourriture dans la maison ? qu'est-ce que la personne mangeait ? pourquoi pas dormir dans le lit ? parce que c'était, on a découvert parce qu'elle s'étouffait quand elle se couchait, donc elle préférait être dans une position assise et elle avait aussi de l'oxygène la nuit parce qu'elle avait une apnée. Donc voilà donc c'était enfaite, c'était assez compliqué, c'était découvrir, à faire les courses, à acheter la nourriture etc etc... mais aussi une personne qui faisait une déprime, on pouvait, on n'était pas permis de traiter la déprime mais on a pu donner des conseils, faire des demandes aux autres services pour donner de l'aide à la personne. Donc voilà un exemple, je pense que ça donne une idée.

JV : Et en terme général, combien de temps vous accompagnez les personnes obèses et à quelle fréquence vous faisiez votre prise en charge en ergothérapie ?

E1 : En fait ça dépendait la personne et la complexité, souvent c'était assez complexe en fait parce que ce que j'ai découvert, ce que j'ai observé après j'ai fait de la recherche là-dessus , c'est qu'on avait trouvé que souvent les personnes très obèse, hésitent à appeler les médecins, à appeler les secours quand il faut vraiment, mais sinon appeler les services sociaux, appeler les kinés, fin non, parce qu'ils s'attendent à être jugés par nous les professionnels et donc ils veulent pas se montrer, donc en fait ils attendent des moments vraiment vraiment difficiles et donc voilà pourquoi il y a un an ou deux ans le problème aurait été peut-être un peu plus simple à résoudre mais puisqu'ils ont laissé le temps s'écouler, les difficultés se sont accumulées, oui voilà, c'était beaucoup plus compliqué, alors souvent c'était un suivi de 6 mois à 1 an, pour vraiment résoudre tous les problèmes qu'ils avaient.

JV : Et pouvez-vous me dire ce qui est important pour vous dans les soins auprès des personnes obèses ? de votre part et quelles sont leurs demandes en terme général ?

E1 : Encore ça dépendait la personne, donc pour moi la chose la plus importante comme pour tous mes patients, mes clients, c'était vraiment : quels étaient les dangers pour la personne ? soit physique, soit émotionnel. Quels étaient les dangers pour la personne et quels étaient les intérêts ? A quoi s'intéressait la personne ? qu'est-ce que la personne voulait ? parce que nous on peut imposer les choses mais est-ce que la personne le veut vraiment ? donc ouai, vraiment la perspective et j'aime, je préfère mon style c'est de, en anglais on dit rentrer dans le narratif de la personne, l'histoire, son histoire à lui-même, mais dans son langage à lui, donc vraiment comprendre la, essayer de comprendre la personne de l'intérieur. Et du côté des personnes, bah des fois ça pourrait être, bah je veux mon fauteuil, c'est tout ce que je veux, et c'est tout ce que je veux, c'est fini ça ne m'intéresse pas toutes les autres choses, tout ce que je veux c'est mon fauteuil ou par exemple, j'avais vu aussi une dame qui était vraiment, fin elle était coincée dans sa chambre au premier étage, et bah elle était vraiment triste, elle voulait aller à l'église par exemple, c'était pas dans mon service de faciliter ça mais on a pu quand même trouver une service, c'était un peu comme le covoiturage mais pour les personnes handicapées où elle avait quand même des possibilités, si on pouvait lui, comment dire, lui aménager au rez-de-chaussée pour avoir une chambre au rez-de-chaussée, donc voilà.

JV : Oui c'était vraiment en fonction de la personne ?

E1 : Pour moi oui, donc voilà

JV : Ce qui est quand même centré ergothérapie

Et pour l'évaluation, que représente l'évaluation en ergothérapie et à quoi sert-elle pour vous ?

E1 : L'évaluation, alors pour être clair, l'évaluation, parce qu'en anglais évaluation c'est à la fin. Pour vous c'est au début ?

JV : Pour nous, dans mon parcours, l'évaluation se fait au début avec les bilans, avec les récits de vie, tout ça, et il y a des réévaluations à la fin pour voir l'évolution

E1 : Très bien, donc l'évaluation pour moi c'est vraiment le moment de recueillir toutes les informations, les renseignements de toutes, parce que dans les services sociaux on parlait, oui au client, au patient, aussi à la famille, les aides-soignants, souvent il y a des problèmes de manutention avec l'agence qui envoie les aides-soignants mais aussi les services de psychiatrie s'il y avait des problèmes, les kinés aussi, donc on ne ramassé, on recueillait toutes ces informations pour vraiment avoir, pour mettre à jour la situation. Pour évaluer, bon bah qu'est-ce qu'on peut faire, c'est quoi ? parce qu'en fait c'est, oui on était ergothérapeute mais souvent on était, comment vous dire, on organisait tous les autres services autour. Donc souvent c'était, si les patients avaient contacté notre service c'était donc à nous de, d'organiser toutes les autres professions si on avait besoin, donc c'était vraiment le moment de mettre à jour tout ça, de découvrir mais, tout le monde a différents styles mais encore, même si on a vu une évaluation assez froide, si vous voulez, directe, pratique, j'aimais aussi prendre un petit peu le narratif, l'histoire de la personne, de sa perspective aussi, donc voilà.

JV : D'accord, et du coup, comment vous établissiez les objectifs d'intervention ?

E1 : Ok, donc les objectifs, bah en premier lieu les objectifs, oui ce n'était pas toujours évidents parce que, donc objectif au niveau de tous les autres services, c'était d'envoyer des lettres ou de faire des appels aux autres services pour regarder un aspect, mais on ne pouvait pas dire vous allez faire ceci ou cela, mais c'était une ouverture. Les objectifs pour nous les ergos, on était contraints par ce qu'on pouvait officiellement offrir de notre service, qui était : manutention, équipement, adaptations, changement de maison. C'était ça, c'était tout. Mais en même temps, on pourrait faire appel, aux aides, comment dire, des associations etc... à côté donc j'aimais bien mettre ça dedans. Donc pour les objectifs, ça dépendait la personne, en négociation avec notre superviseur, le temps envisagé pour, ça dépendait par exemple avec un client qui avait beaucoup de difficultés pour la manutention, et on a dû essayer pendant 9 mois des méthodes

différentes pour voir à la fin qu'elle était la meilleure, parce que la personne fatiguait beaucoup. Et aussi dans les services d'ergo il fallait faire appel aux entreprises qui vendent tous ces équipements pour faire des essais, donc ce n'est pas toujours évident de le faire comme ça, toute suite. Donc les objectifs, on les mettait, c'était important mais il fallait être un peu flexible aussi.

JV : D'accord, et du coup, est-ce que lors de la phase d'évaluation, donc au début, vous utilisiez des bilans standardisés, des bilans validés ?

E1 : Non du tout, donc dans ce service, ils avaient, ils utilisaient leurs propres évaluations qu'ils avaient créés. Sinon à côté, donc, souvent dans les services sociaux, chez nous, c'est des évaluations, comment dire, génériques, ça veut dire c'est la même pour tout le monde. Donc que vous soyez assistante sociale ou ergothérapeute ou autre, c'est la même évaluation. Et c'est sur un système informatique, mais les ergos avaient pu quand même négocier d'avoir une petite partie qu'était plus focalisée sur les AVQ, fin etc... Donc plus une part ergo mais c'était fait maison. Moi j'utilisais dedans, j'utilisais souvent le MOHO (MOH ou MOHOST) pour m'orienter donc en modèle à l'intérieur de moi, j'utilisais ça pour me focaliser sur, pour essayer de rester quand même holistique. Mais c'était moi qui le faisais pour moi si vous voulez.

JV : On va parler, aborder le concept d'équilibre occupationnel, et est-ce que vous pouvez me donner un peu votre définition de l'équilibre occupationnel, et après on échange un peu pour qu'on puisse partir sur les mêmes bases d'échange

E1 : Equilibre occupationnel, enfaite pour moi je pense que, parce qu'on peut avoir équilibre occupationnel du point de vue de la personne, qui peut être tout à fait différente que la perspective de l'ergothérapeute. Donc pour la personne, est-ce que la personne est contente avec les différentes activités, les différentes occupations dans leur vie ? et moi, des fois je ne serais pas nécessairement d'accord avec le patient. Je me dirais oui mais si vous faisiez ceci plutôt un petit peu plus ce serait meilleur pour vous, mais je ne sais pas, on peut essayer de, un peu changer la perspective d'une personne, mais en même temps, fin je ne sais pas, donc ce n'est pas toujours évident. Equilibre occupationnel du point de vue de l'ergothérapeute, pour moi ça peut être différent parce qu'on a toute une vue différente sur la vie d'une personne, donc on pourrait se dire : oui mais c'est sûr, il y a des éléments qui manquent au niveau des soins personnels par exemple. Mais par exemple dans un différent sujet, avec des personnes SDF, les soins personnels ce n'est pas nécessairement, ils ne s'intéressent pas nécessairement donc ce n'est pas important pour eux, donc ça ne ferait pas partie de l'équilibre occupationnel pour eux, voilà.

JV : D'accord, mais du coup je vais vous donner la définition que moi j'ai trouvé dans mes recherches, et donc l'équilibre occupationnel ça correspondrait à la satisfaction d'avoir une quantité et une diversité d'occupation suffisante pour la personne et une satisfaction du temps passé, du temps consacré à ces différentes occupations. En sachant qu'une occupation correspond du coup à une activité signifiante réalisée par besoin, envie ou obligation, et en prenant en compte l'environnement de la personne. Et du coup les composantes de l'activité ça peut être physique, mentale, sociale ou émotionnelle. Donc voilà l'équilibre occupationnel c'est vraiment la satisfaction de la diversité et la quantité d'occupation dans le temps.

E1 : D'accord, ok, très bien

JV : Et alors, comment vous accompagnez les personnes souffrant d'obésité autour de ces thématiques justement de l'obésité et des occupations ?

E1 : Intéressant, bah c'est sûr que dans les services sociaux, c'était difficile d'avoir, c'était difficile d'imposer, d'insister sur une globalité pour la personne, on était souvent contraint de se concentrer sur un élément. J'avais un client qui était dans un EHPAD et je suis arrivée, et en fait il y avait tout un tas de problèmes pour aller aux toilettes par exemple, et une grande dispute entre les services sociaux et le management de l'EHPAD qui ne voulait pas prendre la responsabilité d'elle parce qu'elle était obèse, c'était sa faute à elle. Donc je ne sais pas, pour elle, elle voulait la dignité pour aller aux toilettes, pour se laver, elle a eu un AVC aussi donc elle était vraiment dans une situation difficile. Donc au niveau de, nous on était vraiment concentrés sur cette bataille légale pour cette personne vulnérable. Alors au niveau des occupations, c'est vrai qu'elle ne sortait pas de sa chambre, mais je ne sais pas, dans ce service on n'était pas censé ou permit de faire une ouverture sur toute la vie de la personne et ouai c'était vraiment difficile pour moi.

JV : D'accord, et du coup, par rapport à ça, c'était vraiment le souhait de la personne de pouvoir donc prendre soin d'elle et de pouvoir se déplacer jusqu'aux toilettes, et est-ce que du coup ça a été un de vos objectifs justement dans ce service ? est-ce qu'en temps qu'ergothérapeute ça a été votre objectif d'intervention en fait auprès d'elle ?

E1 : Vous voulez dire, l'équilibre occupationnel, est-ce que ça faisait partie ?  
Non du tout

JV : Du coup qu'est-ce que vous avez fait avec cette personne ?

E1 : Nous ce qu'on a fait, on s'est battu pour elle pour qu'elle ait les équipements qu'il lui fallait pour avoir sa dignité, en dehors de ça on a fait référence aux assistants sociaux, mais dans notre service c'était pas du tout focalisé sur l'équilibre occupationnel ça c'est sûr, c'était pas du tout, je dirais, ils n'avaient pas une idée sur science de l'occupation du tout, donc c'était vraiment une ergothérapie, je sais pas, traditionnelle et c'était, je sais pas, ouai pas du tout focalisé sur ça, c'était plutôt focalisé sur, pas exactement focalisé sur les pathologies, mais les problèmes, vous voyez ?

JV : Oui

E1 : Après 4 ans je suis partie parce que ce n'était pas mon style

JV : Mais vous avez quand même continué les recherches après par rapport à cette population ?

E1 : Exactement

JV : Et du coup, la suite de mes questions concerne quand même les occupations des personnes et comment vous évaluiez l'occupation d'une personne obèse ?

E1 : Bah à partir de l'évaluation au début, on arrivait quand même à avoir une idée sur les difficultés pour la personne, et donc au niveau de, comment dire, au niveau de, par exemple, si c'était, oui pour aller aux toilettes par exemple, évaluer les équipements et l'utilisations des équipements, évaluer si ça améliorerait la situation pour la personne. Mais c'était, c'était vraiment focalisé sur un ou deux éléments. On était permis de se focaliser sur ça, et puis de voir ça. Mais ce n'était pas, on n'évaluait pas de façon standardisée, on utilisait les rapports de la personne, qu'est-ce que la personne disait, est-ce que pour la personne c'était meilleur ? et nous on faisait des évaluations objectives, on faisait des observations de la personne ou des aides-soignants en utilisant des équipements, des adaptations, de la manutention. Donc voilà, donc c'était vraiment, est-ce que ça a amélioré cette occupation d'aller aux toilettes, de se laver, de se déplacer, etc... ok

JV : D'accord, et du coup, dans quelles conditions vous faisiez les évaluations ? C'était dans une structure, à domicile ? Où est-ce que vous les faisiez et dans quelles conditions ? combien de professionnels vous étiez à ce moment-là ?

E1 : Ok, encore ça dépendait la personne, donc on avait quelques clients dans les EHPAD, donc c'était dans un EHPAD, on avait peut-être des infirmiers qui étaient présents pendant l'évaluation. Mes pour la plupart c'était, donc on allait chez la personne, souvent, donc c'était

dans une grande ville, donc souvent des personnes, des personnes âgées dans des appartements, de temps en temps des personnes dans des maisons mais la plupart dans les appartements et s'il y avait des problèmes de, pour la personne, dans la mobilité de la personne, on faisait souvent des évaluations en partenariat avec les kinés. Donc parce que, il fallait le faire ensemble parce qu'au moment de la demande ce n'était pas toujours clair, est-ce que c'est un problème d'équipement ou est-ce que c'est un problème où il faudra l'intervention d'un kiné ? donc souvent on le faisait ensemble. Et s'il y avait des risques, comment dire, pour la personne au niveau des abus, suspect, on faisait des évaluations avec les assistants sociaux.

JV : Très bien, pour vous, comment observez-vous l'équilibre occupationnel d'une personne ? comment vous repérez les difficultés occupationnelles, et avec quels outils ?

E1 : Dans ce service donc j'utilisais, pour moi derrière, le MOH pour me guider, pour assurer que je prenais aussitôt que je pouvais une perspective globale, holistique. En dehors de ce service, j'ai utilisé le OCAIRS, le OCA, le COPOM, je ne sais pas ça ça vient du modèle Canadien, je ne sais plus comment ça s'appelle en français, c'est l'évaluation pour le MCRO. Sinon j'ai utilisé le Kawa aussi, mais j'aime tout. En dehors de ce service, si j'ai la liberté je change de modèle pour, comment dire, je commence à connaître la personne et je choisis le modèle qui va aller le mieux pour la personne donc ça dépende de la personne. Mais j'aime beaucoup utiliser quand même des, comment dire, des évaluations standardisées si je peux mais ça dépende des services.

JV : Comment vous observez l'engagement d'une personne dans ses occupations ?

E1 : Comment je le vois ? comment je l'observe ? qu'est-ce que vous voulez dire ?

JV : Comment vous pouvez évaluer que la personne s'engage réellement dans ses activités, dans ce qu'elle fait, dans ses occupations qu'elle a la journée ? comment vous pouvez dire qu'il y a l'engagement de la personne dans ces activités-là ?

E1 : Ok, donc si je suis en train d'observer, et c'est quelque chose qu'on avait déjà mis en place, donc ce serait, est-ce que la personne a l'air d'être vraiment familier avec, est-ce que la personne a vraiment une habitude, une aisance avec l'équipement ou la tâche ? Mais aussi, en observant les expressions émotionnelles sur le visage de la personne, et aussi si la personne s'exprime au sujet, autour du sujet, est-ce que la personne ressent de la satisfaction avec ces équipements ? donc voilà, et puis, aussi c'est un petit peu vraiment commencer à comprendre, pour moi c'est

la volition dans le MOH qui m'aide vraiment à comprendre la personne et donc comprendre la motivation de la personne dans cette tâche.

JV : D'accord, donc en échange avec cette personne-là, en discussion avec elle. Comment vous évaluez la temporalité de l'activité et la satisfaction de la personne au sujet de cette temporalité à réaliser une activité ?

E1 : Bah je demande à la personne, pour la personne, ou parce que j'ai aussi travaillé avec pas mal de personne dans ce service-là, qui peut-être ne pouvait pas parler, qui avaient eu un AVC ou d'autres maladies, donc qui ne pouvaient pas vraiment communiquer, donc là c'était plutôt en observation mais aussi parler avec les aidants et la famille.

JV : D'accord, et est-ce que pour vous le référentiel de temps était différent pour une personne obèse que pour une personne qui pouvait réaliser toutes ses activités comme elle le souhaitait ? est-ce qu'il y avait une différence de temporalité, de référentiel de temps dans les activités ?

E1 : Je pense que pour moi, avec les personnes obèses, il n'y avait pas vraiment de différences entre eux et d'autres personnes qui avaient des handicaps, des difficultés physiques, mais entre eux et les personnes qui n'ont pas de handicap, oui bien-sûr ! Parce que pour ces personnes, toute activité prend beaucoup d'énergie, c'est très fatigant et ils ralentissent petit à petit, donc la tâche peut devenir vraiment très longue. Oui donc, oui et non, je ne sais pas si j'ai bien répondu à la question.

JV : Si parce que vous avait quand même relevé une différence, il y a plus, ça demande plus d'énergie donc plus de temps j'imagine, et du coup peut-être que ce temps passé à faire cette activité-là, il ne le passe pas pour faire d'autres activités.

E1 : Oui

JV : De ce que j'ai compris, vous avez remarqué qu'il y avait une différence quand même du référentiel de temps.

E1 : Oui je pense qu'à partir de là, souvent les clients faisaient des choix sur : je préfère dépenser de l'énergie sur d'autres tâches que de me laver le matin et donc, parce qu'en arrivant à un certain poids ça devient vraiment vraiment difficile de se déplacer, de se tenir debout, de faire les tâches et donc c'est sûr qu'ils avaient des aides-soignants pour ce qui était toilette, se laver etc... ils auraient pu focaliser leur énergie, leurs ressources là-dessus mais des fois il faisait le choix de ne pas le faire, donc voilà.

JV : En quoi l'intégration de l'équilibre occupationnel dans l'accompagnement ergothérapeutique peut être bénéfique pour les personnes souffrant d'obésité ?

E1 : Moi je pense que l'idéal, ce serait vraiment chouette, de pouvoir vraiment le faire, de regarder ça avec le client, avec la personne, de vraiment regarder sa vie, ses intérêts, sa motivation et je pense que vraiment d'avoir la possibilité de regarder tout ça donnera à la personne des choix dans la vie quand même. Et peut-être la possibilité pour la personne de redécouvrir ses motivations dans la vie, et à partir de là, des motivations, pour changer leurs situations. Donc je pense que si on avait la possibilité de vraiment l'utiliser, je pense que ce serait vraiment bénéfique pour la personne.

JV : Est-ce que ça pourrait être facilitateur pour sa participation occupationnelle et sa participation sociale ?

E1 : Oui, je pense qu'en même temps que vraiment, vraiment regarder tout ça, ça peut être un peu effrayant aussi, donc il faut vraiment accompagner la personne dedans parce que, être face au, enfin comment dire, être face à, en face de tellement de, un tableau de déséquilibre absolu ça peut être un peu effrayant donc il faut vraiment accompagner la personne, mais je pense que si on arrive à le faire et on arrive à accompagner la personne, je pense que ça l'aide vraiment à faire les choix, de se dire que j'ai le droit de faire des choix dans ma vie et je pense que ça donne la motivation quand même et le fait qu'on a pris le temps de, d'aider la personne, de réévaluer, si vous voulez, leur vie, leur situation.

JV : Et est-ce que vous connaissez l'auto-questionnaire qui s'appelle : l'Inventaire de l'Equilibre de Vie ?

E1 : Non

JV : D'accord, donc c'est un auto questionnaire donné aux personnes pour, voilà remplir les activités qu'ils réalisent et la satisfaction qu'ils ont du temps consacré à ces occupations. Comment vous évaluez l'impact de la participation occupationnelle sur la santé du patient ? Est-ce que la notion de santé, ça implique pour vous le bien-être de la personne ?

E1 : Oui, donc pour moi, je, comment expliquer, je vois vraiment la personne comme un système, un système de, oui, on a le côté physique, mais aussi émotionnel et donc, et aussi la façon de penser, et je pense que tout ça...

C'était quoi la question encore ?

JV : Comment évaluez-vous l'impact de la participation occupationnelle sur la santé du patient ?

E1 : Ok donc, je pense dans tout ça, parce que vraiment dans le cœur de l'ergothérapie qu'on comprend qu'on est, qu'en temps qu'être humain, on est, comment dire, on est, naturellement on est amené vers « faire », ce n'est pas qu'on existe, on est, a vraiment besoin de faire. Et je pense que ça, avec tous ces éléments et donc notre côté psychologique, émotionnel, physique et les activités, ça nous donne la possibilité de se sentir bien, comment on dit en anglais, réaliser dans nos activités. Ça nous donne de la satisfaction et un sentiment de bien-être qui vient de ça quand on réussit bien à faire quelque chose.

Je ne sais pas si je m'explique bien en français, ce n'est pas évident.

JV : Est-ce que pour vous l'équilibre occupationnel est un indicateur de qualité de vie ?

E1 : Je pense que ça dépend la personne, parce que j'ai travaillé aussi avec des personnes pour laquelle, c'est une différente façon mais, une personne musulman qui avait eu un AVC, qui ne voulait pas s'engager du tout s'engager dans la rééducation de soin, de se laver le matin, d'aller aux toilettes, parce qu'elle a eu l'AVC sur le côté, parce que les musulmans, je sais plus si c'était le côté gauche ou le côté, je pense que le côté droit on se nourrit et le côté gauche on se lave. Et donc c'était son côté gauche qui manqué et donc elle ne voulait pas se laver, parce que se laver il aurait fallu le faire avec le côté droit, parce qu'elle n'avait pas de possibilité de remettre les capacités du côté gauche. Alors pour elle, en tant qu'occupation, équilibre occupationnel, de l'extérieur on aurait pu dire qu'elle ne peut pas participer à toutes les occupations de la vie, pour elle, elle était satisfaite parce qu'elle pouvait se donner à manger et faire à manger, et participer dans la vie sociale, la vie familiale, donc pour elle, à l'intérieur d'elle, elle était satisfaite. En dehors de ça, je ne sais pas, on aurait pu dire : ah oui mais elle ne participe pas à toutes les activités. Je pense, ça dépend la personne.

JV : D'accord, et pour vous, quels sont les principaux facteurs limitants la participation occupationnelle dans le cadre de la population obèse ?

E1 : Il y a le côté physique qui empêche les mouvements, qui donne la fatigue, l'essoufflement, des douleurs, mais il y a aussi le côté émotionnel, la honte de soi-même, ou même le dégoût de soi-même, qui empêche la personne de s'engager dans les occupations. Et aussi il y a le côté, les professionnels, la société, qui donne des regards discriminatoires sur la personne, et que la personne ressent et le voit clairement. Et donc je pense que ça, il y a le côté où la société les,

comment dire, les professionnels n'offrent pas les mêmes opportunités, pas nécessairement toujours aux personnes obèses, puisqu'ils se disent : ce n'est pas vraiment un handicap, c'est quelque chose que la personne a fait sur lui-même, c'est sa faute. Mais aussi, je ne sais pas, ouai, la personne ne veut pas s'engager dans les services parce qu'elle sent qu'il y a cette perspective discriminatoire. Pas évident !

JV : Je suis d'accord !

Et pour finir, pouvez-vous me raconter une situation où vous avez senti que votre intervention avait particulièrement servi pour favoriser l'équilibre occupationnel d'une personne souffrant d'obésité ?

E1 : Ok, par exemple, et bah, oui donc, on travaillait avec une famille, au début la famille était hébergée dans un HLM, une maison HLM, à plusieurs étages, et la grand-mère, c'était une grande famille, la grand-mère qui avait 85 ans à peu près je pense, était dans une chambre au 2<sup>ème</sup> étage je pense, toute seule. Elle n'avait pas de télévision, elle ne voyait pas bien, elle n'arrivait pas à se déplacer, donc elle était vraiment coincée dans cette chambre. Avec la famille on a pu négocier pour, il y avait plusieurs problèmes dans la famille, mais on a pu négocier un déménagement, un appartement adapté. Et donc finalement, la personne bah elle n'arrivait pas bien à communiquer, elle ne parlait pas l'anglais, elle n'entendait pas bien non plus, mais on est quand même arrivés à l'aider à avoir un lit, qui était correcte, de l'aide avec la manutention. Mais aussi un fauteuil roulant électrique, donc elle pouvait participer au repas avec les petits enfants et aller regarder la télé dans le salon. Et donc, parce que pour elle, elle avait beaucoup beaucoup de difficultés, donc ce n'était pas question de lui aider de perdre du poids, ce n'était pas le moment dans sa vie de faire ça. Mais, on a donc pu lui aider à participer dans la vie familiale, qui était le plus important pour elle. Et regarder la télé c'était très bien parce qu'elle voulait mieux, elle avait des émotions qu'elle abordait, donc oui voilà.

JV : D'accord, merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé pour l'entretien.

## **Annexe VII. VERBATIM E2**

JV : Je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Toulouse, et dans le cadre de ma formation je réalise un mémoire de fin d'étude qui porte sur l'équilibre occupationnel des personnes en situation d'obésité. Donc je voulais échanger avec vous sur l'accompagnement que vous proposez à cette population. L'entretien va durer environ 45 minutes. Et donc pendant l'entretien on abordera les concepts d'obésité, d'ergothérapie et d'équilibre occupationnel pour les personnes souffrant d'obésité.

E2 : D'accord, ça marche

JV : Je vais commencer, Pouvez-vous vous présenter, m'expliquer votre parcours de formation et professionnel ?

E2 : Donc je suis E2, j'ai 30 ans, j'ai fait mes études d'ergothérapie à X à l'institut de formation, et j'ai eu mon diplôme en 2011. Et du coup depuis 2011 je travaille comme ergothérapeute à l'hôpital de X. Là actuellement on est 6 ergothérapeutes et on est chacune responsable d'un service même si on est amenée à travailler aussi sur les autres services pour remplacer les collègues, et de temps en temps on change de référence, de service. Donc là en ce moment je suis référente du service obésité et à mi-temps aussi sur un service de neurologie. Donc voilà ça fait bien 4-5 ans que je travaille avec les personnes obèses, je n'ai pas eu de formation spécifique sur l'obésité, on va dire que j'ai appris un petit peu sur le tas, voilà pour mon parcours.

JV : D'accord, comment vous vous êtes intéressée à cette population ?

E2 : En fait ce n'est pas vraiment que j'ai eu le souhait de travailler avec cette population de moi-même, c'est que en fait il fallait une référente pour ce service-là, les autres collègues n'étaient pas forcément très motivés, moi en va dire que ça ne me dérangeait pas, c'était une opportunité intéressante de travailler avec un autre type de population et en fait ça me plaît bien, comme toujours personne ne veut prendre ce service-là, c'est moi qui reste référente. Moi ce qui me plaît en fait, dans mon activité actuelle d'avoir 2 types de population différents, je travaille et avec les obèses d'un côté et aussi en neuro donc ça permet de faire des interventions un petit peu différentes aussi, ce n'est pas le même type de prise en charge

JV : Est-ce que vous travaillez en équipe pluridisciplinaire ?

E2 : Oui bien-sûre c'est extrêmement important pour ce genre de population et c'est ce qui me plaît dans ce travail là aussi c'est que comme en fait la prise en charge des patients obèses à l'hôpital s'inscrit dans un programme d'éducation thérapeutique j'ai l'impression que, comparé aux autres services où j'ai pu travailler, il y a encore plus de communication et de cohérence dans toutes l'équipe, et ça c'est vraiment agréable parce qu'on perd moins de temps, on sait où on va et l'objectif, le projet de soin du patient est défini dès le début, lors de son arrivée avec un entretien d'éducation thérapeutique, et donc c'est, je trouve que c'est plus efficace en tous cas de cette manière

JV : Oui, et vous pouvez me citer les professionnels avec qui vous travaillez

E2 : Alors, il y a le médecin évidemment, il y a la cadre du service, il y a les infirmières, aides-soignants, psychologue, diététicienne, prof APA, kiné, psychomotricienne, je ne sais pas si je l'ai dit

JV : Non je ne crois pas encore

E2 : Donc voilà je pense que j'ai fait le tour, et après il a toute, pratiquement toute l'équipe de ce service-là est formé à l'éducation thérapeutique dans cette formation, moi je ne l'ai pas encore faite, je fais quand même un peu d'éducation thérapeutique avec ces patients là pour l'atelier d'école du dos que j'anime toute seule mais bon ce n'est pas réellement de l'éducation thérapeutique puisque je n'ai pas été formée, c'est une prise en charge en groupe.

JV : Alors comme vous le savez, l'obésité c'est un sujet de santé publique actuel, donc qui a une incidence sur l'ensemble du corps et génère des incapacités et des restrictions de participation au quotidien. Donc là dans la prochaine partie nous allons aborder les notions d'obésité et d'accompagnement en ergothérapie avec les phases d'évaluation, d'intervention et de réévaluation.

Pouvez-vous me décrire votre démarche d'accompagnement auprès de la population obèse ?

E2 : Alors comparé aux autres services dans lesquels j'ai pu travailler, c'est une démarche un petit peu différente, le plus gros de mon temps d'intervention auprès de ces patients, c'est plutôt des interventions ponctuelles, c'est-à-dire soit on me sollicite pour des installations de confort ou des positionnements en chambre, au lit, également des installations au fauteuil roulant, pareil des adaptations ou des installations de confort, et beaucoup d'évaluations et de préconisation en aides techniques avec des essais en lien avec des revendeurs, c'est vraiment ce qui me prend

le plus de temps avec les patients obèses. Les prises en charge on va dire de rééducation en salle, quotidienne, il y en a très peu, c'est uniquement quand les patients ont d'autres troubles associés, par exemple on a déjà eu des séquelles d'hémiplégie ou qui ont voilà des ruptures de la coiffe des rotateurs, ça il y en a beaucoup, donc là je fais de la rééducation fonctionnelle mais pas pour l'obésité, mais pour un autre trouble associé.

JV : D'accord, et du coup combien de temps vous accompagnez une personne obèse et à quelle fréquence ?

E2 : C'est très très très variable, très variable, en général les patients ici, ils ont des séjours de 2 mois, parfois ça peut être prolongé jusqu'à 3 mois selon l'évolution. C'est vraiment variable, il y a des gens que je vais accompagner tout le long de leur séjour, parce qu'on va avoir beaucoup de matériels à faire, parce que voilà, il va y avoir comme vous dites des réévaluations, ou je vais faire aussi, parfois j'ai oublié de le dire, des bilans de toilette-habillage en chambre aussi le matin qui permet après aussi de faire des essais de matériels et préconiser des aides techniques. Donc, il y a des fois des patients que je ne vois qu'une fois par exemple pour un conseil en matériels ou pour une installation de confort en mousse sur leur fauteuil et je ne vais pas les revoir par la suite.

Je n'ai pas vraiment de réponse à vous donner, il y a des gens que je vais voir tout le long de leur séjour et d'autres que je ne vais voir qu'une seule fois ou deux. Et des gens que je ne vois pas du tout.

JV : Oui c'est variable en fonction de la personne.

Du coup qui demande votre intervention ?

E2 : Alors c'est toujours le médecin évidemment qui fait la prescription, parfois je suis aussi amenée à être sollicitée, parfois le kinésithérapeute qui s'occupe de la personne, ou par le service soignant, mais toujours après on redemande l'accord du médecin. Des fois c'est les patients qui viennent me solliciter d'eux-mêmes aussi.

JV : Et quel est le projet de votre accompagnement ergothérapeutique avec la personne ?

E2 : C'est comme avec n'importe quel patient j'ai envie de dire, c'est que la personne puisse être le plus autonome possible dans sa vie de tous les jours malgré les nombreuses difficultés qu'elle peut rencontrer.

JV : Est-ce que vous pouvez me dire ce qui est réellement important pour vous dans les soins auprès des personnes obèses ? Qu'est-ce que vous trouvez important et quelles sont les demandes des patients ?

E2 : Moi en tout cas ce que, par rapport à mes interventions, ce que je vois qui a le plus d'effet, je ne sais pas si c'est ça que vous attendez, c'est beaucoup beaucoup la préconisation en aide technique, j'en fais énormément et c'est du matériel que la plupart des gens ne savent pas que ça existe en fait sur le marché. Et c'est des gens qui ont des problèmes, ça je m'en suis rendu compte en travaillant avec cette population-là, c'est des questions que je ne m'étais moi-même jamais posées, même en temps qu'ergothérapeute, qui ont des difficultés dans la vie de tous les jours, qui sont souvent en difficultés à les exprimer, parce qu'on a un peu honte, et qui finalement sont très pénalisante dans la vie quotidienne. Je vais prendre un ou deux exemples tout bête, j'ai mon ventre qui me gêne tellement que je ne peux pas me baisser, je ne peux pas me laver entre les orteils, alors du coup soit j'arrive à demander de l'aide, soit je ne peux pas demander de l'aide parce que j'ai personne autour de moi ou parce qu'au niveau psychologique ça me coûte trop de demander ça, bah du coup je vais avoir une mauvaise hygiène, je vais avoir après des problèmes de macération, des problèmes cutanés, etc. enfin voilà ça peut engendrer plein de difficultés par la suite. Ou voilà, quand je vais aux toilettes, mon bras est trop court, soit par devant soit par derrière, pour venir m'essuyer correctement après avoir été aux toilettes quoi. Ça c'est des choses, voilà je ne m'étais jamais rendu compte que ça pouvait être vraiment très difficile pour ces gens-là. Donc proposer des aides techniques, ça ne marche pas pour tous le monde, mais la personne dit « bah c'est génial, maintenant je peux m'essuyer toute seule quand je vais aux toilettes quoi », et ça pour moi c'est vraiment leur redonner, ça paraît pas grand-chose mais ça leur redonne quand même de l'autonomie en plus, et au niveau psychologique je pense que c'est très important aussi, quand on touche aux soins d'hygiène très intime, pouvoir redonner à la personne la possibilité de le faire elle-même, c'est quand même très important.

JV : Est-ce que vous travaillez sur l'aspect émotionnel, psychologique, social, des activités de la vie quotidienne, le réengagement dans l'activité ou l'effort physique avec les personnes obèses ?

E2 : Ça, c'est surtout fait par le, moi comme je vous dis je n'ai pas fait la formation d'éducation thérapeutique, mais dans le service d'obésité, il y a beaucoup d'ateliers qui sont mis en place, souvent en binôme alors ça peut être la psychologue avec une infirmière ou des fois des

infirmières etc. Donc il y a des ateliers notamment sur l'image de soi, bon évidemment il y a des ateliers de cuisine diététique, ça on s'en doute, il y a des ateliers sur la chirurgie bariatrique, sur le diabète, et ça je pense que ces points là sont plutôt aborder lors de ces ateliers-là. Et aussi, si les patients le souhaitent ils ont un suivi psychologique en individuel. Bon après évidemment le côté psychologique il intervient dans mon intervention obligatoirement, on est obligé de prendre en compte ces traits-là. Parce qu'on va dire que toutes les complications de l'obésité elles interfèrent dans ma prise en charge. Je suis obligée de faire avec, ce sont des patients qui ont souvent un profil psychologique assez particulier, c'est vrai que c'est une approche différente que dans les autres services, donc obligatoirement je prends ça en considération, mais après, il n'y a rien de mis en place en particulier en ergothérapie. C'est juste moi dans mon relationnel, j'adapte mon relationnel avec les patients. Avec, bon évidemment avec les autres patients aussi mais beaucoup d'écoute, beaucoup d'empathie, beaucoup de patience, beaucoup de douceur aussi et ce sont des gens qui sont en grande souffrance, qui sont rejetés par la société et leur apporter un peu d'intérêt et essayer de leur apporter des solutions, c'est déjà leur offrir beaucoup par rapport au monde extérieur qui est assez cruel avec ce genre de patient.

JV : Oui, et que représente l'évaluation en ergothérapie et à quoi sert-elle pour vous ?

E2 : Alors, l'évaluation, je fais un bilan d'entrée complet uniquement quand j'ai une prescription par le médecin pour une prise en charge, comment dire, quotidienne en salle, donc comme je vous ai dit, quand il y a, la plupart du temps, une autre patho associée à l'obésité, après en fait j'adapte mon évaluation selon la demande, par exemple si c'est une personne qui vient me voir juste pour l'acquisition d'un déambulateur, je ne vais pas faire un bilan complet mais je vais poser des questions qui vont être ciblées sur mon intervention en fait, savoir quand même son environnement de son domicile, savoir si le matériel va être adapté, savoir son mode de, fin ses nécessités de déplacement, un petit peu son environnement familial, voir si la personne est entourée ou pas, mais je ne vais pas pousser aussi loin, voilà je ne vais pas faire de bilan musculaire, je ne vais pas faire de bilan articulaire, de sensibilité comme on fait lors d'un bilan d'entrée pour une prise en charge ensuite.

JV : Vous parlez de bilan d'entrée complet seulement s'il y a la demande du médecin, est-ce que vous pouvez me citer tous les bilans que vous faites dans ce bilan d'entrée complet ?

E2 : Je vais le sortir ça va être plus simple, je pense que c'est classique, avec la première grosse partie : la présentation du patient, avec un petit peu, ses coordonnées, sa situation

professionnelle et familiale, ensuite le diagnostic, l'histoire de la maladie, les antécédents, et le projet du patient par rapport à son séjour.

Ensuite deuxième grande partie : le bilan des déficiences, des douleurs, s'il y avait des problèmes cutanés ou trophique, un bilan orthopédique, on fait que les membres supérieurs ici, (chez nous, c'est découpé comme ça les kinés font les membres inférieurs), un bilan moteur musculaire en global par fonction des membres supérieurs également, un bilan du tonus, de la sensibilité.

Troisième partie (vous me dites si je vais trop vite) bilan des capacités/incapacités avec les gestes tests, bilan des préhensions, force de préhensions, l'équilibre postural assis/debout, écriture, coordination bimanuelle, dextérité, fonctions supérieures (là on peut être amenées à faire éventuellement un autre bilan de type MMS ou ERFC), bilan d'indépendance donc c'est tout ce qui est AVJ en fait (déplacements, transferts, toilette-habillage, control des sphincters, préparation des repas, prise des repas, communication.

Et en dernière partie bilan des situations de handicap avec un bilan environnemental, donc tout ce qui est domicile, s'il y a déjà des aménagements de faits, de quelles aides techniques peut déjà disposer la personne. Et puis un bilan socio-familial avec les aides humaines qui peut avoir été déjà mises en place, la présence de l'entourage familial ou non, et pour terminer bilan professionnel et des loisirs, savoir quelles activités peut pratiquer la personne à son domicile.

Et puis en dernier évidemment, petite conclusion avec des objectifs de prise en charge.

JV : Et les objectifs d'intervention vous les établissez comment ?

E2 : En fonction des déficiences qu'on a observées et des souhaits de la personne aussi, de ses habitudes de vie en fait. On met en relation les difficultés de la personne et ses attentes dans la vie, parce que si on a une déficience motrice de l'auriculaire ça ne va peut-être pas être très important selon les habitudes de vie des gens, pour un pianiste ça va l'être beaucoup, il va falloir faire de la rééducation pour essayer de gagner, voilà en force mais, en amplitude, mais pour une autre personne ça n'aura aucune incidence dans sa vie quotidienne, c'est un exemple tout bête. Nous voilà on ajuste tout le temps nos objectifs qu'on aurait voulu, voilà mettre en place, avec les attentes aussi de la personne, c'est une petite négociation qui se fait.

JV : Dans votre bilan d'entrée complet, vous avez parlé de plusieurs bilans, est-ce que vous utilisez des bilans standardisés, validés et normés ?

E2 : On utilise en bilan cognitif le MMS et l'ERFC, et ça arrive aussi d'ailleurs que parfois le médecin du service obésité me prescrive un patient uniquement pour un bilan cognitif, parce que la psychologue est souvent un peu débordée, et des fois quand il y a une suspicion de troubles de mémoire ou troubles attentionnels, ça arrive qu'il me demande juste une prise en charge pour un bilan et du coup comme autre test standardisé, on a acheté le Purdue il n'y a pas longtemps donc on peut aussi être amenées à le passer selon les prescriptions.

JV : D'accord, nous allons désormais aborder le concept d'équilibre occupationnel, est-ce que vous pouvez me donner votre définition de l'équilibre occupationnel ?

E2 : C'est la première fois que j'entends ce terme donc je vais avoir du mal à donner une définition. Alors équilibre occupationnel c'est la performance dans les AVJ je dirais, c'est équilibre entre ce que la personne peut faire et ce qu'elle aurait besoin de faire dans sa vie quotidienne mais je ne suis pas bien sûre de ce que je vous avance parce que je n'ai jamais entendu ça auparavant.

JV : D'accord, pour que nous puissions échanger sur la même notion, je vais vous donner une définition de l'équilibre occupationnel. Donc il correspond à la satisfaction d'avoir une quantité et une diversité suffisantes d'occupations dans le temps pour la personne. Donc une occupation qui correspond à une activité signifiante réalisée par besoin, envie ou obligation, en prenant en compte l'environnement. Et les composantes de cette activité peuvent être physique, mentale, sociale ou émotionnelle.

E2 : D'accord, donc selon les personnes ça peut être soit des activités de la vie quotidienne basiques ou aussi des activités de loisir et sociales ?

JV : Exactement !

Donc, comment accompagnez-vous les personnes autour des thématiques de l'obésité et des occupations ?

E2 : Je fais un bilan de leurs performances à accomplir les activités de la vie quotidienne et puis après on essaie de mettre en place des solutions pour améliorer leur efficacité dans leurs tâches à accomplir quotidiennement. La plupart du temps ça tourne autour de la toilette et de l'habillage, c'est quand même une problématique très redondante chez ces patients-là qui ont beaucoup de difficultés dans ce domaine, et ça passe la plupart du temps par des aides techniques, par des essais, des préconisations d'aides techniques.

JV : A quoi faites-vous attention particulièrement pour cette population ? Fatigue, douleur, estime de soi, motivation, est-ce que tout ça ce sont des notions auxquelles vous faites attention dans vos bilans et votre accompagnement ?

E2 : Oui tout à fait parce qu'il y a beaucoup de fatigabilité chez les personnes obèses qui ont un déconditionnement à l'effort souvent assez important et des douleurs, beaucoup de douleurs articulaires notamment au niveau des membres sup, au niveau des épaules, donc ce n'est pas parce que la personne elle arrive à faire le zénith avec son bras qu'elle va pouvoir se laver les cheveux tous les jours par exemple. Parce qu'il y a des jours où elle va avoir beaucoup de douleurs, il y a des jours où elle va avoir de la fatigue, donc ça c'est des choses qu'il faut parfois recadrer un petit peu avec le service, ils m'appellent des fois pour faire des bilans toilette-habillage le matin en disant « Oui madame untel, elle arrive à lever les bras mais elle dit qu'elle ne peut pas faire sa toilette toute seule, nous on pense qu'elle peut le faire » bon c'est vrai que des fois il faut réajuster un petit peu par rapport à la faisabilité quotidienne de ces activités.

JV : Du coup par rapport à la toilette-habillage, la notion d'estime de soi, d'image du corps tout ça, est-ce que vous le ressentez aussi ? est-ce que vous travaillez un petit peu dessus, sur cette notion-là ?

E2 : C'est très délicat pour moi notamment, parce que parfois on me sollicite pour un bilan toilette-habillage le matin dans la chambre du patient et des fois c'est des patients que je n'ai jamais vu, que je ne prends pas en charge. Donc l'abord là il est très délicat parce que c'est un petit peu compliqué de taper à la porte de la personne et dire « bah voilà je suis ergothérapeute, je viens voir comment vous vous débrouillez pour vous laver » avec des gens qui ont voilà un problème d'image corporelle assez important et de pudeur et voilà, donc généralement je préviens les patients à l'avance évidemment, j'essaye de leur expliquer pourquoi, et j'essaye d'être discrète, d'amener un petit peu d'humour aussi ça fait passer les choses un petit peu mieux et c'est vrai que c'est, ça peut être très délicat comme intervention, généralement ça se passe bien, j'arrive à, il faut énormément de douceur et d'empathie avec ces personnes-là et c'est assez délicat. Il y a des gens qui acceptent, les gens qui sont hospitalisés depuis longtemps ont l'habitude en fait, qu'on les aide pour la toilette ou voilà, mais les gens qui sont au domicile et qui viennent d'arriver c'est vrai que ça peut être un petit peu plus compliqué.

JV : D'accord, et la notion de motivation dans la réalisation des tâches, vous la percevez comment et comment vous travaillez avec ?

E2 : C'est très variable d'une personne à l'autre, il y a des gens qui vont vraiment avoir la démarche de faire le plus possible eux-mêmes, c'est comme dans les autres populations de patients d'ailleurs, et d'autres pour qui la motivation est quasiment absente et puis ça leur convient très bien qu'on leur lave le dos finalement donc là c'est plus difficile de mettre des choses en place évidemment. J'essaye de travailler dessus à chaque fois par exemple en disant « voilà votre épouse elle est fatiguée, peut-être que si vous pouviez vous laver le dos tout seul, au moins un jour sur deux, peut-être pas tous les jours » mais voilà des fois on essaye de négocier, peut-être que ça pourrait la soulager un petit peu, elle sera plus disponible pour autre chose même. Mais il y a des fois des patients qui n'ont pas le souhait de faire plus eux-mêmes, donc là mon intervention est plus compliquée mais on peut donner des ébauches de solutions mais si la personne n'a pas le désir d'avancer sur ce terrain-là, on ne pourra pas faire à leur place.

JV : Et du coup la personne est sollicitée pour établir le plan d'intervention en fonction de ses souhaits aussi ?

E2 : Moi en fait, par exemple si on reprend l'exemple du bilan de toilette-habillage le matin, moi je vais en tant qu'ergothérapeute, je vais voir qu'il y a voilà, des difficultés pour faire ses lacets, des difficultés pour se laver les cheveux, des exemples un peu bateau, donc je vais pouvoir proposer des aides techniques ou des solutions d'installation pour pouvoir pallier à ce problème, je vais en discuter avec la personne, après si la personne me dit « oui de toute façon ça m'arrange bien que ce soit mon épouse qui me lave les cheveux » voilà elle va pas mettre en place ce que je lui ai préconisé donc voilà après mon travail c'est toujours une interférence entre le patient et moi mes proposition d'ergothérapeute. On ne peut rien imposer, on propose mais...

JV : Mais oui imposer ça ne marche pas

E2 : Non

JV : Et comment évaluez-vous l'occupation pour une personne obèse ?

E2 : L'occupation ? c'est-à-dire ? c'est toutes les activités qu'elle peut faire ?

JV : Oui dans son environnement actuel ou dans son environnement général, c'est les activités...

E2 : Comment je l'évalue ? soit sur questions, soit notamment pour la toilette, l'habillage en mise en situation

JV : D'accord et quels sont les avantages et les désavantages de ces outils pour évaluer l'occupation selon-vous ?

E2 : L'avantage du questionnaire c'est que c'est plus rapide, ça permet de balayer plusieurs domaines assez rapidement, par contre des fois, c'est pas systématique mais, des fois d'installer un nécessaire, de faire la mise en situation quand c'est possible parce que des fois la personne ne se rend pas compte qu'elle peut faire telle ou telle chose, ou alors elle dit pouvoir le faire et en fait elle a des difficultés. Ça m'est déjà arrivée d'avoir des patients qui me disent « si si j'arrive à me laver les pieds, il n'y a pas de soucis je me les brosse tout seul il n'y a aucun problème » et finalement en mise en situation on se rend compte que ce n'est pas bien lavé partout finalement. Des fois les difficultés sont difficiles à exprimer pour les patients.

JV : Et donc là on parle de toilette et d'habillage mais quels sont les domaines d'activités que vous évaluez, vraiment exhaustivement ?

E2 : Ça va dépendre de pourquoi la personne m'est, de pourquoi je rencontre le patient en fait. Comme je vous disais, ça revient à la réponse que je vous ai donné tout à l'heure, si ça va être pour une prise en charge quotidienne en salle, là je vais vraiment balayer tous les domaines, c'est-à-dire : préparation à la maison, levé, comment sont les transferts, toilette, habillage, éventuellement aller au travail, les activités domestiques, le ménage, faire les courses, faire les repas, manger, éventuellement s'occuper du jardin s'il y a un jardin, voilà. Après si c'est une personne qui vient me voir que pour m'acheter une brosse à dos, je ne vais pas forcément lui demander comment se passe son travail et qui s'occupe du jardin, vous voyez. En fait j'oriente mes questions selon la prescription quand c'est des interventions ponctuelles.

JV : Est-ce qu'il y a quand même le domaine des loisirs que vous pouvez évaluer ?

E2 : Oui bien-sûr, oui oui oui tout à fait, on propose toujours une question dans notre bilan d'entrée, après on accueille quand même des patients qui sont en obésité morbide très sévère, la plupart quand même n'ont plus d'activité de loisir, pas tous, on a des gens un peu plus actif qui continuent à avoir d'autres activités mais la plupart du temps quand même c'est, quand je pose la question, c'est télé et journal, malheureusement.

JV : Est-ce qu'ils vous donnent une raison pour laquelle ils ont arrêté les activités de loisirs qui étaient satisfaisantes pour eux ?

E2 : Soit, plus envie, soit je n'ai pas envie de sortir c'est trop dur, c'est trop fatiguant, pour des difficultés des fois d'accès du domicile pour sortir et pour entrer, notamment des fois des gens qui sont en fauteuil roulant.

JV : Et dans quelles conditions faites-vous les évaluations ? est-ce que c'est dans la structure, est-ce que c'est à domicile, en chambre ?

E2 : La plupart du temps les évaluations elles se passent dans une petite salle qui est dédiée dans notre atelier d'ergo, une salle à part pour la confidentialité, quand je fais des bilans toilette-habillage je suis dans la chambre du patient, parfois ça peut arriver qu'on fasse des évaluations en cuisine, très souvent c'est quand il y a une autre pathologie associée notamment une hémiplégie ou une hémiparésie, on peut faire une cuisine thérapeutique dans notre service d'ergo. Des évaluations de domicile c'est plus rare, ça arrive mais c'est plus rare, parce qu'on a beaucoup de patients qui viennent de Paris en fait, donc souvent on a un relais avec d'autres ergothérapeutes sur place, ça fait très loin pour nous, mais ça arrive parfois oui qu'on fasse des visites à domicile toujours avec l'assistante sociale et souvent un aide-soignant également. Donc on peut être amenées à faire une évaluation des déplacements, des transferts, de voir un petit peu l'accessibilité de toutes les pièces.

JV : Et comment observez-vous l'équilibre occupationnel de la personne obèse ? si vous le souhaitez je peux vous relire la définition

E2 : Comment est-ce que je l'observe ? Souvent c'est des retours des patients en fait, c'est plutôt par rapport à l'amélioration qu'il peut y avoir ou je ne sais pas je n'ai pas bien saisie la question

JV : Alors l'équilibre occupationnel donc c'est la satisfaction d'avoir une quantité et diversité d'occupation dans le temps, et donc comment vous pouvez repérer les difficultés occupationnelles par exemple ?

E2 : C'est souvent la personne qui l'exprime, alors moi souvent quand je fais un bilan je pousse un petit peu les questions, par exemple la personne me dit à la question : comment se passe la préparation des repas et des courses ? la personne me dit « c'est ma femme qui cuisine avant c'était moi », bon là quand j'entends ça généralement j'essaie de savoir « vous ne cuisinez plus parce que vous n'avez plus envie ? parce que vous ne pouvez plus ? est-ce que ça vous manque ? j'essaie de creuser un petit peu, savoir si c'est un choix, si ça se passe bien comme ça, ou sinon la personne elle aimerait bien de nouveau pouvoir cuisiner un petit peu aussi. Donc soit c'est

pendant l'entretien ou ça vient dans la discussion, généralement c'est ça en fait, c'est des questions ouvertes et quand on cible une difficulté, une insatisfaction dans un des domaines on va essayer de creuser un petit peu plus la question.

JV : D'accord, comment vous observez l'engagement de la personne dans ses occupations et avec quels outils ?

E2 : C'est de l'observation, c'est vraiment que par l'observation, on n'a pas d'outil pour ça. C'est de l'observation et puis des retours aussi en réunion pluriprofessionnelles en staff qu'on peut avoir des autres collègues, par exemple « oh bah oui depuis que tu as mis ça en place avec madame untel, elle fait plus elle-même, c'est bien elle ne nous appelle plus à chaque fois, elle sonne plus le matin » en discutant avec la personne et avec le personnel aussi du service

JV : Et comment observez-vous la satisfaction d'une personne vis-à-vis d'une occupation ?

E2 : C'est souvent des retours que j'ai en discutant avec les personnes en fait, il n'y a pas vraiment d'outil non plus. On fait rarement de bilan de sortie en fait surtout quand c'est pour des interventions ponctuelles. Et il y a souvent des patients qui viennent me voir à la fin de leur séjour pour me remercier de tout ce que j'ai fait pour eux alors que je leur ai simplement fait acheter une brosse à dos par exemple. Des fois ça paraît, je me suis faite cette réflexion-là plusieurs fois, que par rapport à des gens par exemple en neuro l'autre service sur lequel je travaille, on va avoir une intervention longue, continue, pendant toute la durée de leur séjour, tous les jours on va faire beaucoup de choses pour eux et puis finalement, bon voilà ils partent et puis c'est tout, à la fin du séjour. Et des patients des fois pour qui c'est juste pour un petit truc, que j'ai vu 2 heures dans leur séjour et qui viennent chaleureusement me remercier, du coup je me rends compte que ça a changé quand même pas mal de chose pour eux, même si pour moi en temps et en investissement de temps ça m'a demandé beaucoup moins de chose au niveau professionnel.

JV : Comment évaluez-vous la temporalité de l'activité et la satisfaction de la personne à son sujet ? est-ce que le référentiel de temps est-il différent pour cette population ?

E2 : Je pense que comme pour toute personne handicapée, il faut toujours, la plupart du temps il faut beaucoup plus de temps pour accomplir une activité que pour quelqu'un qui n'a aucune pathologie et aucun handicap, donc oui la temporalité elle est différente et parfois il faut aussi travailler sur ce domaine-là avec les gens, en essayant de leur apprendre que tant pis on va

prendre plus de temps mais on va le faire quand même, c'est sûr qu'on ne va pas prendre sa douche en 5 minutes.

JV : Connaissez-vous l'auto-questionnaire qui s'appelle l'Inventaire de l'Equilibre de Vie ?

E2 : Pas du tout

JV : Donc c'est un auto questionnaire pour des personnes avec ou sans handicap, qui regroupe plusieurs questions sur les activités de la vie quotidienne avec une notion de satisfaction par rapport à l'activité réalisée et au temps consacré à cette activité

E2 : Non je ne connais pas mais ça a l'air intéressant, c'est un questionnaire validé

JV : Alors c'est un questionnaire traduit, c'est un questionnaire qui a été écrit par Kathleen Matuska qui est ergothérapeute aux Etats-Unis

E2 : Oui ils sont plus, ils produisent plus que nous le plus souvent

JV : Et du coup il a été traduit par Nadine Larivière, il est validé en France il me semble et il y a 53 items relatifs aux activités de vie quotidienne.

Donc je continue mon questionnaire, en quoi l'intégration de l'équilibre occupationnel dans l'accompagnement ergothérapeutique peut être bénéfique pour la personne souffrant d'obésité ?

E2 : Elle peut être bénéfique en lui donnant la possibilité d'être plus autonome pour l'accomplissement de ses activités de vie quotidienne également professionnelles, sociales, familiales, et du coup je pense que là, même si on parle plus sur un plan on va dire physique, ça a de forts retentissements sur le bien-être psychologique aussi et sur l'estime de soi.

JV : Et est-ce que ça peut être facilitateur pour sa participation occupationnelle et sociale pour vous ?

E2 : Bien-sûr

JV : Et est-ce que ça peut favoriser l'implication de la personne dans le choix de ses activités ?

E2 : Oui aussi, je vais prendre l'exemple de, un exemple que je connais ici, on a aussi les profs APA qui travaillent beaucoup en groupe ou en individuel avec les personnes en obésité et, c'est ce qu'on appelle la reprise d'activité avec des gens qui ne faisait souvent plus de sport, plus du tout d'activité physique et donc nous on peut être amenées parfois aussi à faire des adaptations

dans ce cadre-là, des adaptations de matériel. Et après, on essaye de solliciter les personnes à garder cette activité qu'ils ont réussi à développer ici, à prendre du plaisir avec à l'extérieur, je sais que les profs APA ils donnent des coordonnées de centre de sport où, dans le secteur où la personne habite, ils donnent aussi des exercices, des programmes d'exercices que les gens peuvent continuer à domicile, donc on essaye qu'il y ait une, que voilà, que quand la personne sorte d'ici elle puisse garder les acquis et continuer de progresser en fait dans l'accomplissement de leurs activités.

JV : D'accord, et comment évaluez-vous l'impact de la participation occupationnelle sur la santé du patient ?

E2 : Sur la santé ? l'obésité c'est un cercle vicieux en fait, de prise de poids, de perte de capacités fonctionnelles donc de reprise de poids, on perd encore plus de capacités fonctionnelles etc... Là à partir du moment où on va essayer et des fois réussir à casser un petit peu cet engrenage, on va avoir un impact sur la santé. C'est-à-dire que voilà, si la personne de toute façon elle ne sortait plus parce qu'elle n'arrivait pas à prendre sa douche donc elle ne peut pas sortir comme ça donc « bah voilà je reste à la maison, je ne fais rien », et bah si on lui redonne goût, on lui donne des moyens de peut-être prendre soin d'elle, je prends un exemple voilà de prendre sa douche mais ça peut être autre chose bien évidemment, « bah oui je peux prendre ma douche, je vais pouvoir sortir, bah tient je vais aller faire mes petits achats au magasin du coin et évidemment que ça va avoir un, on va sortir de cet engrenage de prise de poids et de perte de capacités de plus en plus importante.

JV : Et la notion de santé implique-t-elle le bien-être pour vous ?

E2 : Bien-sûr, on peut être en santé physique et être en mal-être en même temps

JV : L'équilibre occupationnel est-il un indicateur de la qualité de vie ?

E2 : Oui je pense que oui, après notre échange parce que c'est vraiment dépendant de la personne et de ses attentes, de ses besoins donc oui ça correspond avec ce dont la personne a besoin d'accomplir, tout à fait.

JV : Et pour vous quels sont les principaux facteurs limitants la participation occupationnelle de la personne ?

E2 : Les principaux facteurs, il y a les incapacités physiques à accomplir certaines tâches, il y a les incapacités psychologiques notamment la dépression qui vont des fois entraver certaines

activités, et puis quand même l'environnement socio-familial joue un rôle très important aussi, ça c'est certain

JV : Et le côté professionnel, est-ce qu'il intervient dans votre accompagnement ?

E2 : Oui bien-sûr il intervient mais moins souvent puisqu'on a beaucoup de patient qui n'ont plus d'activité professionnelle, soit qui sont retraité, soit qui sont en invalidité depuis longtemps. Parfois j'ai des patients qui travaillent encore, notamment des gens que je vois en atelier d'école du dos, je vais ajuster mes conseils d'économie rachidienne par rapport à leur activité professionnelle.

JV : D'accord, et pour finir, pouvez-vous me raconter une situation où vous avez senti que votre intervention avait particulièrement servi pour favoriser l'équilibre occupationnel d'une personne souffrant d'obésité ? ou au contraire une situation où ça n'a pas du tout fonctionné et pourquoi ?

E2 : Je réfléchis, là récemment il y a une dame, une patiente que j'ai été voire en chambre parce qu'elle avait des difficultés à se déplacer et j'ai fait un petit bilan des activités de la vie quotidienne sur interrogatoire, et notamment il y avait d'importantes difficultés pour la toilette, l'habillage et chez elle c'est sa fille qui l'aide, qui vient l'aider. Donc du coup on a fait des essais d'aides techniques, on a essayé une pince à long manche, une brosse à dos et une pince à papier toilette, et pour cette dame la pince à papier toilette, elle lui a, elle avait un sourire jusqu'au oreille quand je lui ai livré, parce qu'elle m'a remercié mille fois de, j'ai dit « non mais je fais juste mon travail mais... » c'était pour elle vraiment une solution à un problème très très important, de pouvoir aller s'essuyer toute seule quand elle va aux toilettes

JV : D'accord, je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé

E2 : De rien bon courage

JV : Merci, et si vous le souhaitez je peux vous envoyer une copie de mon mémoire à la fin quand il sera terminé

E2 : Oui tout à fait, ce serait gentil

### **Annexe VIII. VERBATIM E3**

JV : Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire de fin d'étude portant sur l'équilibre occupationnel des personnes en situation d'obésité, et j'aurais souhaité échanger avec vous sur l'accompagnement que vous avez pu proposer à cette population-là.

L'entretien durera environ 45 minutes, si ça vous va ? Et nous aborderons les concepts d'obésité, d'ergothérapie et d'équilibre occupationnel pour les personnes souffrant d'obésité.

Est-ce que vous acceptez que j'enregistre cet entretien pour recueillir les informations ? Elles resteront anonymes mais seront utilisées dans le cadre de ma recherche

E3 : Oui d'accord

JV : Pouvez-vous vous présenter et m'expliquer votre parcours de formation et votre parcours professionnel ?

E3 : Oui bien-sûr, donc mon parcours de formation, j'ai été formée à l'école d'ergo de Y de 2010 à 2013. Est-ce qu'il faut détailler plus ? il faut me dire ce que tu attends précisément, si tu as besoin que je détaille plus certaines parties parce que je vais faire en règle générale, assez généraliste mais il ne faut pas hésiter à me dire.

JV : D'accord, très bien

E3 : Suite à ça, je suis revenue pour travailler dans ma région de naissance, où j'ai commencé par travailler à temps partiel dans un institut d'éducation motrice à Z auprès d'un centre polyhandicapé, et je combinais ce temps partiel avec une création de poste à la clinique de W.

JV : D'accord, où vous avez travaillé avec la population obèse du coup ?

E3 : Exactement ! Oui voilà, donc à l'époque il n'y avait pas, il n'y avait pas d'ergo en fait, et c'était une création de poste, alors à la base j'avais demandé, je travaillé 50% chez eux, ils avaient demandé 40% en secteur SSR personnes âgées polypathologique et 10% sur l'obésité et l'obésité morbide pour voir ce qu'il y avait de possible à faire en fait. Et du coup la première année voilà, en analysant ce que faisait mes collègues et les autres professionnels paramédicaux et médicaux et les besoins de la population. Au bout de la première année j'ai proposé une prise en charge sur ce secteur-là complète et du coup, que ce soit à l'institut d'éducation motrice ou à la clinique, ils voulaient tous les 2 me passer à temps plein donc j'ai dû choisir et j'ai choisi la clinique. Donc c'est à partir de là que j'ai travaillé 4 ans à temps plein et sur tous les secteurs

donc pour rappel il y a 3 secteurs dans cette clinique, donc il y a le service de personnes âgées polypathologiques, le secteur obésité morbide et le secteur obésité avec à peu près 50 lits pour chaque secteur

JV : Et du coup comment vous vous êtes intéressée à cette population ? c'est par le biais de, justement de cette proposition de poste ou est-ce que vous aviez un intérêt pour cette population avant d'arriver dans cette structure ?

E3 : Non ça a été une vraie découverte par le biais de ce poste où, quand j'y suis allée, je savais faire entre guillemets tout ce qui était le secteur personne âgées polypathologique, parce ce que c'est quelque chose qu'à l'époque j'avais bien pu voir dans mes études, dans mes stages, par contre pour l'obésité c'était une vraie découverte en fait des difficultés que pouvait rencontrer cette population là et du coup de ce que je pouvais proposer en tant qu'ergo pour ces personnes, donc c'est par ce poste là où j'ai appris grâce à mes collègues, grâce au contact direct avec cette population-là, et puis du coup où j'ai créé au fur et à mesure en faisant des recherches littéraires.

JV : D'accord et avec quels professionnels vous travailliez dans cette structure auprès des personnes obèses ?

E3 : Alors je travaillais avec les kiné, avec les profs d'activité physique adaptée, avec les diététiciennes, les psychologues, les arts thérapeutes, les médecins, les infirmiers, les aides-soignantes, l'assistante sociale, voilà instantanément ce qui me vient en tête et c'était un vrai travail d'équipe pluridisciplinaire où vraiment, très très complet tant par les réunions d'équipe où on avait des objectifs clairs avec le médecin de service, on s'apportait des informations mutuellement là-dessus, et puis tant aussi par des séances communes que ce soit en individuel pour l'obésité morbide ou en atelier de groupe d'éducation thérapeutique où on était des fois en binôme avec la psychologue par exemple ou la diététicienne. C'est vraiment un boulot pluridisciplinaire et hyper riche par rapport à ça.

JV : D'accord, donc comme vous le savez, l'obésité est un sujet de santé publique actuel, et elle a une incidence sur l'ensemble du corps, génère des incapacités et des restrictions de participation au quotidien. Donc dans la prochaine partie nous allons aborder les notions d'obésité et d'accompagnement en ergothérapie avec les phases d'évaluation, d'intervention et de réévaluation.

Donc pouvez-vous me décrire votre démarche d'accompagnement auprès de la population obèse ?

E3 : Alors du coup je ne sais pas si tu as différencié ou pas par rapport au type d'obésité parce que nous les secteurs, ils étaient différenciés en fonction de l'IMC, du type d'obésité

JV : Et le projet de l'accompagnement ergothérapeutique changeait en fonction de l'IMC ?

E3 : Exactement, oui exactement parce qu'en fait, au final le retentissement sur le quotidien était différent en fonction de l'IMC en fait. Avec la population d'obésité morbide, les retentissements étaient beaucoup plus importants sur le quotidien, parce qu'on avait des personnes avec des IMC très très important, supérieurs à 60 généralement et qui arrivaient grabataires. Alors que pour le secteur d'obésité classique, on avait des personnes relativement indépendantes, avec des difficultés parfois pour la toilette, pour la toilette intime, des choses comme ça, et après c'était surtout des plaintes sur les difficultés d'accès aux loisirs, du maintien d'activité professionnelle et domestique telle que le ménage avec des douleurs de dos et douleurs de genoux donc c'était pas du tout les mêmes problématiques rencontrées, on en était pas du tout au même stade en fonction du secteur et de l'IMC, du coup la prise en charge ergo était différente par rapport à ça.

JV : Dans mon mémoire je n'ai pas différencié, j'ai pris à partir du moment où le stade d'obésité était atteint, donc je veux bien que vous me parliez des 2 accompagnements différents

E3 : D'accord OK ça marche, alors par rapport à l'obésité donc on va dire classique, normal dans le sens où l'IMC reste inférieur à 40, on avait une population de personnes qui venaient pour un séjour de 3 semaines, un séjour d'éducation thérapeutique avec des ateliers programmés à l'avance avec chaque professionnel, la plupart du temps en groupe. Et du coup la demande à ce niveau-là, je dirai donc essentiellement une prise en charge en groupe sur l'éducation thérapeutique pour d'une part tout ce qui est geste et posture, pour diminuer les douleurs au niveau du dos, des genoux et après, d'autre part tout ce qui est justement ce qu'on disait, l'accessibilité aux loisirs, aux activités domestiques donc ça se faisait sur plusieurs ateliers, en fait ils avaient 3 semaines avec moi concrètement, plusieurs ateliers en groupe, le même groupe que je suivais pendant 3 semaines sur ces thématiques-là, avec des temps d'évaluation, d'auto-évaluation, au début et à la fin et après au milieu donc des temps de séance pratique sur les actes du quotidien, et il y avait également pour certains, donc prescrit par le médecin en fonction de ce qu'il détectait, un atelier pour tout ce qui était travail et amélioration de l'équilibre, parce que certains commençaient déjà à avoir des difficultés pour garder leur équilibre, de l'appréhension pour descendre des trottoirs, ou des chutes avérées donc du coup ça c'était un autre groupe à part, formé de, à la demande du médecin. Et il pouvait y avoir de temps en temps

des prises en charge individuelles, mais c'était souvent parce qu'en fait la personne avait d'autres pathologies associées, suite à un AVC ou une fibromyalgie, il y avait d'autres pathologies associées donc ça demandait plus de séance en individuel.

JV : D'accord, est-ce que vous travailliez aussi sur les activités de la vie quotidienne et les loisirs avec les personnes qui avaient un IMC en dessous de 40

E3 : Tout ceux-là c'est ceux qui étaient en-dessous de 40

JV : Du coup oui les loisirs rentrés dans votre accompagnement, dans votre éducation thérapeutique ?

E3 : Oui tout à fait, oui oui c'est hyper important

JV : D'accord et du coup pour les personnes avec un IMC supérieur à 40 ?

E3 : Donc, pour ce secteur là en fait, pour l'obésité morbide, comme je disais en fait la plupart du temps c'était surtout des IMC même supérieur à 60, qu'on accueillait dans la clinique. Donc avec des personnes qui arrivaient grabataires, quasiment toutes, et qui étaient hospitalisées pendant plusieurs mois voire plusieurs années et qui n'avaient pas du tout choisies cette hospitalisation contrairement à l'autre secteur où les personnes venaient là généralement de façon volontaire pour un séjour de 3 semaines d'éducation thérapeutique et on pouvait retrouver une motivation avec de réelles demandes et attentes, là on est sur des personnes où elles arrivent, elles passent par les urgences, parce que contraintes et forcées, parce que leur vie est en jeu et après une fois que les urgences ont fait ce qu'elles ont pu, elles nous les transféraient à la clinique. Donc du coup, on partait de beaucoup plus loin, donc les premières interventions de l'ergo c'était déjà voir tout ce qui était positionnement au lit, l'état cutané, éviter le plus possible les escarres, et après une fois que tout ce qui était positionnement était fait, bon bah c'était voir avec la personne, mon travail c'était en chambre pendant les premiers mois parce qu'ils restaient en chambre, voir avec la personne quelles sont ses capacités pour qu'elle puisse, et quelles sont ses motivations pour participer et commencer à reparticiper à quelques activités. Mais le travail était bien plus long et différent puisque voilà c'est sur plusieurs mois, et qu'au début tout se fait en chambre et c'est très très limité, ça reste au lit avec bien souvent, au début on commençait à travailler le fait de pouvoir attraper facilement son téléphone portable ou sa télécommande parce que c'était le souhait de la personne en priorité de pouvoir l'attraper sur l'adaptable. Aider, voilà aussi, il y avait toute une question aussi de positionnement sur, voir avec mes collègues infirmières et aides-soignantes, comment faire au mieux le positionnement

pour la toilette au lit, pour que ce soit le moins difficile pour elles et qu'elles évitent de se blesser mais aussi plus sécurisé et plus confortable pour la personne elle-même. Tout ce qui était retournement et toilette c'était hyper compliqué, les filles elles y sont à plusieurs pendant facilement 1 heure pour faire la toilette, donc on partait de là et au fur et à mesure de la perte de poids et des mois qui passent, après petit à petit on en arrive au travail en collaboration généralement avec le kiné ou le prof d'activité physique adaptée pour trouver l'équilibre assis, pour après travailler sur l'équilibre debout, pour le passage en fauteuil roulant et les déplacements en fauteuil roulant manuel et puis après quand vient la possibilité, si c'est possible, les déplacements avec déambulateur, donc on est plus sur, c'est pas du tout la même prise en charge, je sais pas si j'arrive bien à l'expliquer

JV : Oui oui je vois bien la différence entre les 2 stades d'obésité,

Et pouvez-vous me dire ce qui est important pour vous dans les soins auprès des personnes obèses ?

E3 : Ce qui est important ? mais déjà ça dépend, les personnes obèses, obèse morbide ? et puis les soins, qu'est-ce tu entends par les soins en fait ?

JV : Quels sont les priorités pour les soignants dans l'accompagnement des personnes obèses et en contrepartie quelles sont les demandes des patients quand ils sont hospitalisés ?

E3 : D'accord OK, alors ouai c'est pareil c'est tellement différent d'un secteur à l'autre, je peux dissocier les 2 secteurs ou ça t'embête ?

JV : Je veux bien dissocier il n'y a pas de soucis

E3 : Donc sur l'obésité classique, je pense que la priorité pour les soignants c'est bien-sûr que les 3 semaines d'éducation thérapeutique se déroulent avec tout ce qui est attendu dans le monde du soin avec de la sécurité, du confort, de la bienveillance. Mais du coup que dans les groupes qui sont formés il y ait de la pair-émulation, que ça amène les personnes pendant ces 3 semaines-là à cheminer sur leurs habitudes de vie, à les changer, à percevoir ce qu'ils peuvent changer et à profiter de leur motivation pour pouvoir en plus de la perte de poids, justement comprendre les mécanismes de l'obésité, quelles sont les causes ? quelles sont les conséquences ? comment modifier cela, ce que ça impacte ? Je pense que c'est ça alors que pour les personnes elles-mêmes quand elles sont, quand elles arrivent, certaines sont déjà dans l'optique de dire : « bon, bah je viens là pour de l'éducation thérapeutique » elles en ont entendu parlé et elles sont déjà dans

l'optique de dire qu'elles vont changer leurs habitudes de vie, certaines ont déjà essayé par elles-mêmes, mais beaucoup sont là pour dire : « bon je fais un séjour de 3 semaines pour perdre du poids, mon objectif c'est de perdre du poids », donc ça c'est pour ce secteur-là. Tandis que pour le secteur d'obésité morbide, quand ils arrivent, la priorité des soignants ça va être de maintenir la personne en bonne santé, c'est-à-dire que comme la plupart du temps elles viennent d'échapper de peu à la mort, c'est de pouvoir maintenir sur les premiers mois un équilibre de toutes les constantes vitales pour permettre au corps de reprendre des forces et rester en vie, et puis il y a tout ce qui est confort et sécurité pour éviter tout ce qui est les escarres justement et les complications graves de l'obésité morbide. Et après une fois que tout ça, ce stade-là est passé, on va dire que mes collègues soignantes, ce que je peux avoir constaté, ont pour priorité que les personnes deviennent le plus indépendantes possible, notamment pour la toilette, l'habillement, les déplacements, alors que là il y a un gros écart avec les personnes elles-mêmes parce que la plupart du temps, soit elles ont juste envie de sortir et rentrer chez elles, soit elles leur priorité ça va être des objectifs plus liés à une perte de poids à nouveau ou alors, certains arrivent à retrouver un intérêt sur des loisirs, mais on va dire les tâches essentielles du quotidien toilette-habillement, ça ne les intéresse pas du tout, c'est pas leur objectif à eux, au patient.

JV : Et pour l'évaluation de ces personnes, que représente l'évaluation en ergothérapie et à quoi sert-elle pour vous ?

E3 : A quoi ça sert pour moi, déjà ça permet d'évaluer le progrès, le changement, c'est-à-dire que quand on a une évaluation à l'entrée une évaluation à la sortie ou une évaluation à l'entrée, une intermédiaire, une à la sortie, ça permet d'évaluer les changements et les progrès qui peuvent être fait sur l'indépendance des personnes. Après l'évaluation c'est aussi pour moi un outil qui permet d'évaluer justement la motivation de la personne, quels sont ses motivations ? quels sont ses besoins ? ses attentes ? pour savoir sur quels axes travailler ensemble

JV : D'accord et du coup que recherchez-vous spécifiquement dans l'évaluation d'une personne obèse ?

E3 : Comment ça qu'est-ce que je recherche ?

JV : Qu'est-ce que vous utilisez comme évaluation, est-ce que vous utilisez des bilans standardisés, validés ou normés ? qu'est-ce que vous recherchez avec ces bilans-là ?

E3 : D'accord, alors sur le groupe, le secteur où on avait associé 2 groupes pour les patients qui étaient là en séjour d'éducation thérapeutique de 3 semaines, j'ai pu utiliser des bilans, d'une

part pour permettre d'évaluer le retentissement de la douleur sur leurs activités, notamment le DALLAS qui d'habitude est utilisé pour les dorso-lombalgiques mais là ça s'applique aussi pour ces patients-là, ça marche plutôt bien, c'est une auto-évaluation donc ça leur permet à eux de justement à la fin de savoir un petit peu en quoi la douleur peut freiner leurs activités.

Ça permet voilà, je pense pour moi c'est un outils qui permet d'avoir une prise de conscience de ces personnes sur tout le mécanisme de cercle vicieux qui peut être entraîné à cause de la douleur et de la mise en mouvement du corps ou en effet la reprise d'activité certaines fois peut entraîner des douleurs mais le fait de ne rien faire à l'inverse va aussi engendrer des douleurs plus importante après quand il y aura une reprise d'activité, donc ça amène, ça ouvre un dialogue en fait sur le sujet, c'est ça qui a de bien. Après c'est plus des bilans de type MCRO que je trouve intéressant que ce soit avec les patients atteints d'obésité classique ou d'obésité morbide, parce que justement, l'idée c'est de trouver quelles sont leurs difficultés pour eux ? quelles sont leurs activités qui ont de l'importance ? leur idée, leur satisfaction sur les activités qu'ils réalisent. J'avais pu essayer avant de partir de la clinique de travailler aussi avec COOP, j'avais trouvé ça super intéressant, ça avait pas mal marché mais malheureusement je n'ai pas pu l'essayer très longtemps parce que je suis partie.

Je pense qu'avec cette population-là, tout ce qui est approche TOP DOWN a beaucoup plus de sens que BOTTOM-UP en fait, parce que le fait de tout centrer sur l'occupation, la personne, sa motivation, son engagement, sera meilleure en fait sur les activités.

JV : D'accord, et du coup nous allons désormais aborder le concept d'équilibre occupationnel, et pouvez-vous me donner votre définition de l'équilibre occupationnel ?

E3 : Ohlala mais ça c'est un piège, je n'ai pas révisé moi

JV : C'est pour qu'on puisse après se mettre un petit peu d'accord, pour qu'on puisse échanger sur la même notion

E3 : Ohlala équilibre occupationnel, c'est une bonne colle ! pour moi c'est finalement la place de chacune de nos activités, nos occupations dans notre journée, notre quotidien. Le fait que ce soit, qu'on parle d'équilibre c'est d'avoir justement des activités tout au long de la journée qui ont du sens pour nous et qui amène notre, comment dire, oui qui nous amène à être en activité. Non c'est très très mal dit tout ce que je dis, qui nous amène à être en activité justement, à ne pas rester à ne rien faire pendant des heures devant la télé, mais à avoir des activités qui ont du sens, à avoir une activité pas seulement intellectuelle mais physique. Pour que tout soit

équilibré, je pense qu'il faut qu'il y ait, je ne sais pas comment expliquer en fait, je me rends compte que c'est très compliqué à expliquer. Si tu veux dis-moi toi ce que tu entends par là et je te dirais si c'est ce que je, si tu veux qu'on se mette d'accord sur la notion pour pouvoir en discuter

JV : Je vais vous donner une définition que j'ai trouvé un petit peu dans ma revue de littérature, donc l'équilibre occupationnel correspond à la satisfaction d'avoir une quantité et une diversité suffisantes d'occupations dans le temps. Une occupation correspond à une activité signifiante réalisée par besoin, envie ou obligation, en prenant en compte l'environnement. Les composantes de l'activité peuvent être physique, mentale, sociale ou émotionnelle.

E3 : D'accord, tout à fait, oui oui. Mais c'est bien plus complet et plus clair comme ça, oui oui c'est à peu près ce que j'avais en tête !

JV : OK, super ! est-ce que vous pouvez me dire comment vous accompagniez les personnes autour des thématiques de l'obésité et des occupations ?

E3 : En fait, ça se faisait naturellement avec justement, grâce aux bilans qui pouvaient questionner leurs occupations en fait. Et après je pense que c'est quelque chose qui est abordé grâce au travail en équipe pluridisciplinaire parce que tout le monde pouvait aborder un petit peu ses occupations sur les différents plans, que ce soit l'émotionnel, le physique, ça pouvait être abordé parfois par la psychologue, parfois par le prof d'activité physique adaptée. Je pense que ça se faisait voilà, ça se faisait je pense naturellement au fur et à mesure de la prise en charge, grâce aux bilans et grâce aux interventions pluridisciplinaires. Après je ne sais pas, qu'est-ce que, tu attends des réponses plus précises par rapport à ça peut-être ?

JV : Dans les occupations et dans le retour à l'activité, à quoi faites-vous attention particulièrement pour cette population ?

E3 : D'accord, dans le retour à l'activité par rapport aux occupations, ce qui est sûr qu'il faut faire attention par rapport à cette population, c'est l'environnement, parce que c'est toute une partie dont on n'a pas encore parlé ensemble, mais que l'environnement soit facilitateur et permette le maintien ou la reprise d'activité, c'est hyper important parce que bien souvent il n'est pas adapté pour cette population-là, malheureusement.

JV : D'accord, est-ce que par exemple la fatigue, les douleurs, l'estime de soi, la motivation de la personne entre en compte dans l'accompagnement ergothérapeutique ?

E3 : Oui bien-sûr, oui oui c'est une évidence, je dirais presque comme pour toutes pathologies mais oui pour cette pathologie-là aussi oui oui bien-sûr, puisque la fatigue va être bien plus vite présente, les douleurs aussi donc oui oui. Et l'estime de soi bon n'en parlons pas, il y a un travail tellement énorme à faire là-dessus mais heureusement qu'il y a la psychologue et l'art thérapeute qui travaillent aussi là-dessus

JV : Et du coup comment évaluez-vous l'occupation pour une personne obèse ? avec quelles méthodes et quels outils ?

E3 : J'en viens aux mêmes bilans dont on parlait tout à l'heure, généralement voilà la MCRO, ça m'arrive aussi d'essayer d'utiliser la MHaVie et après tout ce qui est entretien avec un recueil des habitudes de vie

JV : D'accord et dans quelles conditions faisiez-vous les évaluations ? vous étiez en binôme, vous étiez seule ?

E3 : J'étais seule, j'étais seule, les seules fois où on était en binôme avec un autre professionnel c'était lors d'atelier de groupe, voilà sur certains ateliers de groupe où en fait on pouvait être en binôme, ou alors en séance de rééducation avec les kinés ou prof d'APA en chambre au tout début quand on recommençait à travailler l'équilibre mais sinon tout ce qui est bilan j'étais seule avec le patient

JV : D'accord, et comment observez-vous l'équilibre occupationnel de la personne obèse ?

E3 : Comment ça comment je l'observe ?

JV : Comment vous évaluez son équilibre occupationnel, donc sa satisfaction par rapport aux activités qu'elle réalise et au temps qu'elle y passe ? est-ce que vous l'évaluez ?

E3 : Oui bah après il y a des, sur des bilans on demande justement, à certains moments à la personne de l'évaluer, de le coter, donc que ce soit pendant le bilan ou sinon lors d'une séance on peut toujours demander à la personne, comment elle trouve que ça se passe, tient elle est satisfaite ou non, et puis si elle peut chiffrer ou pas sur une échelle sa satisfaction, ça se questionne à la fois sur certains bilans qui le questionne naturellement quand on passe le bilan ou même après une séance, c'est à nous d'y être vigilant d'une séance à l'autre. Et puis ça fait partie des relations humaines quand on est en séance avec un patient, il y a tout ce qu'on peut demander, tout ce qu'on peut dire mais il y a aussi tout ce qui est observation des expressions

du visage où on voit très bien que la personne, elle à l'air satisfaite ou non donc c'est, il faut être vigilant de pouvoir questionner et être présent par rapport à ça.

JV : Et pour repérer les difficultés occupationnelles, est-ce que c'est le même processus d'entretien et d'observation ou il y a d'autres choses pour repérer les difficultés occupationnelles et l'engagement de la personne dans ses occupations ?

E3 : Ça reste le même processus entre les bilans, les entretiens, les observations plus toujours le partage d'informations lorsqu'on fait les réunions d'équipe pluridisciplinaire. Le patient peut très facilement parler d'une chose à un autre soignant sur laquelle nous on pourrait agir et inversement nous nous parler de quelque chose sur laquelle par exemple la psychologue pourrait agir ou la diététicienne pourrait agir, et c'est grâce à ces réunion d'équipe où après on peut aussi faire remonter les informations et dire « ah bah oui là c'est vrai qu'on n'a pas forcément questionné ça, ah oui bah il te l'a dit mais moi il ne me l'a pas dit, bon bah allez on va retravailler, on va revenir travailler là-dessus ». Donc c'est un ensemble de chose quoi, c'est entre un bilan, un entretien, des réunions d'équipe pluridisciplinaire, l'observation, c'est beaucoup de chose oui.

JV : Et comment évaluez-vous la temporalité de l'activité et la satisfaction de la personne à son sujet ? et par rapport au référentiel de temps, qui est sûrement différent avec cette population

E3 : Ah oui, non là il ne faut pas, en effet c'est différent, les référentiels de temps, ça va être totalement différent par rapport à cette population-là donc vraiment c'est plus en fonction des habitudes de vie de chacun, il ne faut pas essayer d'appliquer un calque sur des normes, dire « bon bah il faut que ça rentre dans le moule et qu'il soit dans les normes par rapport à ça », pas du tout. L'idée c'est vraiment que la personne, justement c'est ses habitudes de vie, ses objectifs et sa propre satisfaction, si pour elle sa satisfaction c'est de mettre 1H30 pour avoir réalisée sa toilette le matin et de l'avoir fait totalement des pieds à la tête seule, très bien, si à l'inverse sa satisfaction c'est d'avoir mis un quart d'heure à avoir su ce qu'elle pouvait faire sur la toilette mais que ce soit quelqu'un d'autre qui lui fasse le reste et par contre prendre plus de temps après sur une activité de cuisine ou de marche, ce n'est pas à nous de le décider et de le juger en fait.

JV : D'accord, et est-ce que vous connaissez l'Inventaire de l'Equilibre de Vie ?

E3 : Non

JV : Donc c'est un auto-questionnaire qui a été traduit et validé par Nadine Larivière, et c'est un questionnaire du coup qui s'adresse à toutes personnes avec ou sans problème de santé et qui permet de considérer les activités réalisées dans son quotidien ou les activités que l'on souhaiterait pratiquer, ainsi que la satisfaction de son emploi du temps et du temps consacré à ses activités.

E3 : D'accord, OK

JV : Donc c'est un auto-questionnaire sur lequel j'ai fait des recherches pour mon mémoire aussi et voilà je voulais savoir si vous l'aviez déjà utilisé ?

E3 : Non non non, mais j'avoue qu'il y aurait encore beaucoup de chose à utiliser et à faire, à développer, parce que c'est vrai que moi je me suis mise à utiliser des approches de type MCRO et COOP vers la fin de ma carrière à la clinique, parce que de base ce n'était pas ce qu'on m'avait, comme beaucoup d'ergo malheureusement de mon époque, ce n'était pas ce qu'on nous avait appris le plus, et qu'on n'en avait même pas beaucoup entendu parler. Pour autant je suis persuadée que c'est ces approches-là en tout cas qui correspondent le mieux à cette population-là, et c'est vrai que je regrette de ne pas avoir pu plus continuer à développer et à expérimenter cette partie-là avec cette population. Et je pense que s'il faut l'outil dont tu me parles, ça aurait très bien pu être essayé si j'en avait eu connaissance, si ça existait à l'époque en français.

JV : Il a été traduit en 2016

E3 : D'accord OK, oui j'y étais encore en 2016, c'était la fin mais j'y étais encore

JV : Et en quoi l'intégration de l'équilibre occupationnel dans l'accompagnement ergothérapeutique peut être bénéfique pour les personnes souffrant d'obésité ?

E3 : En quoi l'intégration de l'équilibre occupationnel tu m'as dit dans l'intervention ? [Hésitations] il peut être bénéfique pour ces personnes-là parce que justement ça, je pense que ça permet un vrai engagement de ces personnes-là sur la prise en charge et une amélioration de leur motivation. Et il faut toujours commencer par quel part et ici, je dis une bêtise mais un exemple, si comme à l'ancienne on proposait à ces personnes-là, peut-être qu'il y en a qui le font je ne sais pas mais bon voilà, de dire « bon bah je le prends en rééduc en ergo, je vais commencer à lui faire travailler un petit peu, vu qu'on part de loin, les membres sup, qu'elle puisse plus facilement après participer à la toilette donc je vais lui faire déplacer des connes sur

une table » clairement ce n'est pas comme ça que ces personnes, encore plus que d'autres, vont être motivées par la prise en charge et vont participer et vont même vouloir progresser, ça n'a pas de sens pour elle. Tandis que réellement aller chercher les activités pour lesquelles elles sont, elles ont un intérêt, pour lesquelles elles voudraient mieux participer, plus faire cette activité-là, faire comme-ci comme-ça, là on fait quelque chose qui a du sens pour ces personnes.

JV : D'accord, et comment évaluez-vous l'impact de la participation occupationnelle sur la santé du patient ?

E3 : Ce n'est pas à proprement parler « évaluer » en tout cas avec des bilans normés, c'est plus on va dire une « observation » générale du médecin et des autres professionnels qui au fur et à mesure du temps qui passe, voit si la personne participe plus, si la personne est plus satisfaite, si elle est plus indépendante ou si elle est plus, si tout simplement ils évaluent si elle a perdu du poids, c'est plus au fur et à mesure des séjours que le médecin et les autres professionnels voient s'il y a des progrès et c'est général, on évalue pas directement l'impact de la prise en charge ergo ou l'impact de la prise en charge kiné ou l'impact de la prise en charge psycho sur la santé et sur l'état de la personne, c'est plus quelque chose de général.

JV : Et l'équilibre occupationnel est-il un indicateur de qualité de vie pour vous ?

E3 : Oui tout à fait, oui bien-sûr

JV : Et est-ce que vous pouvez me dire quels sont les principaux facteurs limitants la participation occupationnelle pour les personnes en situation d'obésité ?

E3 : Les facteurs limitants donc en fonction de leur IMC avec justement leur morphologie, ce que le poids entraîne comme douleurs, comme troubles respiratoires, comme troubles trophiques et cutanés, tout ce qui va être la fatigue, les difficultés à dormir et trouver un bon positionnement. Il va y avoir tout ce qui va être environnement pas adapté qui va limiter aussi leur motivation et leur participation sur des activités. C'est un tout, c'est plusieurs choses qui peuvent, qui ensemble amène à diminuer le

JV : Et est-ce que l'environnement social peut être un facteur limitant ?

E3 : Ça peut tout à fait, oui oui oui ça peut être un facteur limitant tout à fait. Un facteur déclenchant très souvent et après que ça maintienne cette limite de participation oui oui

JV : Et pour vous est-ce que la notion de santé implique-t-elle le bien-être de la personne ?

E3 : Bien-sûr, tout à fait

JV : Et pour finir, pouvez-vous me raconter une situation où vous avez senti que votre intervention avait particulièrement servi pour favoriser l'équilibre occupationnel d'une personne souffrant d'obésité ?

E3 : Oui d'accord, oui oui, je pense à une des dernières patientes avec qui j'ai travaillé avant de partir, qui était atteinte d'obésité morbide et qui venait pour son, je pense, ça devait être son 7<sup>ème</sup> séjour je pense à la clinique. Elle marchait avec des cannes anglaises, beaucoup de difficultés sur de très petites distances, beaucoup de douleurs, très essoufflée, et les séjours d'avant quand je l'avais vu, elle voulait qu'on travaille l'équilibre parce qu'elle avait très peur de tomber, elle était déjà tombée plusieurs fois en se faisant toujours plus mal à un genou à chaque chute, donc on travaillait l'équilibre. Et son dernier séjour, j'ai voulu essayer COOP avec elle, du coup il a fallu qu'elle trouve elle-même un objectif pour appliquer le but-plan-fait-vérifier, et quelque chose de précis vraiment précis, et en fait à force de chercher de cibler, elle a fini par vouloir travailler le fait de monter 3 marches, de pouvoir monter et descendre 3 marches avec juste une seule main courante d'un côté, et en fait c'était pour pouvoir aller rendre visite à une de ses amis, une des rares amis qu'elle avait, qui se déplace elle-même pas vraiment et qui habitait à un endroit où il y avait 3 fameuses marches avec cette main courante et c'est elle qui a tout fait avec le but-plan-fait-vérifier au fur et à mesure, moi je faisais juste que l'accompagner, et en fait on a travaillé ensemble, sur combien de temps ? pas très longtemps, on a dû travailler ensemble sur 3 semaines seulement, et en fait elle n'est pas revenue et on est allée ensemble et elle était, après on est allées faire ensemble cette sortie et elle était plus que ravie de pouvoir rendre visite alors que ça faisait visiblement des mois ou des années que ce n'était que des contacts téléphoniques et qu'elle ne lui rendait plus visite à aller directement chez son amie, elle a pu rendre visite réellement à son amie, monter et descendre toute seule ces 3 marches malgré toutes ces douleurs, malgré son obésité morbide. C'était assez parlant, c'était bien, c'était chouette.

JV : Et au contraire, est-ce que vous avez une situation où votre intervention n'a pas du tout fonctionné pour favoriser l'équilibre occupationnelle de la personne et du coup pourquoi ?

E3 : Pas du tout fonctionné, je pense qu'au tout début que je travaillais avec les personnes atteintes d'obésité morbide, avec des IMC supérieurs à 60 qui était grabataires, quand ils avaient des capacités de mouvements dans le lit, je trouvais logique, et à l'époque que ce soit pour mes collègues soignantes et pour la personne, qu'elle puisse participer dès lors qu'elle récupérait un

peu à l'activité toilette, qu'elle puisse participer plus amplement au fait de réaliser sa toilette. Et il y a eu quelques fois où en fait je me suis rendu compte que pas du tout, mais je me disais « mais pourtant si elle l'a la capacité, je comprends pas, elle peut faire ce mouvement, elle peut très bien, je ne comprends pas pourquoi elle ne fait pas sa toilette et qu'elle ne se lave pas elle-même les épaules, les jambes, elle peut il n'y pas de soucis » mais non non ça ne marchait pas, et en fait c'est juste parce que la personne s'en fichait complètement de faire la toilette, plusieurs. C'est après que je l'ai compris, c'est après que j'ai plus creusé dans d'autres approches pour comprendre que ce n'était pas ça qui était important pour eux.

JV : D'accord, merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé, et donc comme je vous le disais par mail, je peux vous envoyer une copie de mon mémoire quand il sera terminé si vous le souhaitez.

E3 : Avec plaisir, oui tout à fait ! oui ça m'intéresse, c'est très intéressant, il y a encore plein de choses à faire !

## Annexe IX. MATRICE D'ENTRETIEN

Concept : intervention en ergothérapie		
Critère :	Indicateurs :	Questions
Recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation d'outils d'évaluation :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modalités de recueil (entretiens, bilans, MES, professionnels)</li> <li>• Noms des outils utilisés</li> <li>• Bilans validés, normés, standardisés</li> <li>• Quantitatif (objectif) et qualitatif (subjectif)</li> <li>• Modèles conceptuels</li> </ul> </li> </ul>	3 – 4 – 5 – 7 – 8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ergothérapeute effectue une phase d'évaluation pour connaître :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les différents domaines d'occupation de la personne (soins personnels, productivité, loisirs, repos)</li> <li>• Les habitudes de vie</li> <li>• L'environnement de la personne</li> <li>• Les difficultés / problématiques rencontrées</li> <li>• L'expression des difficultés du patient relatives au suivi de traitements ou des conseils</li> </ul> </li> </ul>	
Réévaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temporalité et fréquence :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant et après suivi</li> <li>• Pendant : bilan intermédiaire</li> </ul> </li> <li>- Evolution dans le temps</li> </ul>	5
Posture du professionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attitude et comportement</li> <li>- Contrôleur</li> <li>- Accompagnateur</li> </ul>	3 - 6
Modèle et conception de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation comme mesure</li> <li>- Evaluation comme gestion</li> <li>- Evaluation comme problématique de sens</li> </ul>	5 – 7 - 8

Plan d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectifs d'intervention</li> <li>- Rôle de l'ergothérapeute</li> </ul>	3 – 4 – 5 - 6
Concept : équilibre de vie		
Critère :	Indicateurs :	Questions
Domaines d'occupations variés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne réalise des : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités de productivités</li> <li>• Activités de soins personnels</li> <li>• Activités de loisir</li> <li>• Activités de repos</li> </ul> </li> </ul>	7 - 3
Equilibre occupationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation et engagement occupationnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne souffrant d'obésité s'engage dans des activités significantes</li> <li>• La personne obèse s'engage dans des activités variées</li> <li>• La personne est actrice dans le choix de ses activités</li> <li>• La personne peut réaliser ses activités</li> <li>• Environnement favorisant l'engagement</li> </ul> </li> </ul>	8 - 9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temporalité : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Référentiel de temps pour les personnes obèses</li> <li>• Rapport au temps/ perception du temps</li> <li>• Impact du temps sur la satisfaction</li> <li>• La personne consacre du temps pour ses activités significantes</li> </ul> </li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction des activités réalisées</li> <li>• Satisfaction du temps accordé aux activités</li> </ul> </li> </ul>	
Composantes des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne réalise des activités faisant intervenir des composantes physique, mentale, sociale ou émotionnelle</li> <li>- Activités faites par envie, besoin ou obligation</li> <li>- Facteurs limitants la participation occupationnelle</li> </ul>	7 – 3 – 9

Adaptation des activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne participe à la modification de ses activités et de son environnement</li> <li>- Adaptation de son niveau de participation dans ses activités</li> <li>- La personne a conscience de ses limites</li> <li>- La personne a conscience de sa fatigabilité et adapte en conséquence ses activités et les temps de repos</li> <li>- La personne demande de l'aide pour certaines activités</li> </ul>	6 - 8
Sentiment d'efficacité personnelle et impact sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne a une meilleure estime d'elle-même quand elle finit une activité - valorisation</li> <li>- La personne se sent en capacité de réaliser ses activités</li> <li>- La personne ressent un sentiment de bien-être</li> <li>- La personne ressent une évolution de sa qualité de vie</li> <li>- La personne se sent en meilleure santé après avoir réalisée des activités significatives</li> </ul>	9 – 10

## Annexe X. TABLEAUX D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Critère :	Indicateurs :	E1 (services sociaux)	E2 (hôpital)	E3 (clinique spécialisée)
Recueil de données	L'ergothérapeute utilise des outils d'évaluation	<p><b>L62-63</b> « le début des entretiens, c'était vraiment pour moi le moment de découvrir la personne »</p> <p><b>L130-134</b> « on parlait, oui au client, au patient, aussi à la famille, les aides-soignants, [...] mais aussi les services de psychiatrie s'il y avait des problèmes, les kinés [...] on recueillait toutes ces informations pour vraiment avoir, pour mettre à jour la situation. »</p> <p><b>L159-161</b> « dans ce service, ils avaient, ils utilisaient leurs propres évaluations qu'ils avaient créés. [...] c'est des évaluations, comment dire, génériques, ça veut dire c'est la même pour tout le monde. »</p> <p><b>L165-167</b> « j'utilisais souvent le MOH pour m'orienter donc en modèle à l'intérieur de moi,</p>	<p><b>L34-35</b> « lors de son arrivée avec un entretien d'éducation thérapeutique »</p> <p><b>L57-58</b> « beaucoup d'évaluations et de préconisation en aides techniques »</p> <p><b>L70</b> « des bilans de toilette-habillage en chambre »</p> <p><b>L136-144</b> « l'évaluation, je fais un bilan d'entrée complet uniquement quand j'ai une prescription par le médecin [...], quand il y a, la plupart du temps, une autre patho associée à l'obésité, après en fait j'adapte mon évaluation selon la demande, [...] je vais poser des questions qui vont être ciblées sur mon intervention »</p> <p><b>L149-169</b> « la première grosse partie : la présentation du patient, [...] Ensuite deuxième grande partie : le bilan des déficiences, des douleurs, [...], un bilan moteur musculaire en global [...], un bilan du tonus, de la sensibilité. Troisième partie [...] bilan des capacités/incapacités avec les gestes tests, bilan des</p>	<p><b>L47-49</b> « les réunions d'équipe où on avait des objectifs clairs avec le médecin de service, on s'apportait des informations mutuellement »</p> <p><b>L183-185</b> « j'ai pu utiliser des bilans, d'une part pour permettre d'évaluer le retentissement de la douleur sur leurs activités, notamment le DALLAS »</p> <p><b>L193</b> « des bilans de type MCRO »</p> <p><b>L197</b> « travailler aussi avec COOP »</p> <p><b>L228-229</b> « bilans qui pouvaient questionner leurs occupations »</p> <p><b>L253-254</b> « ça m'arrive aussi d'essayer d'utiliser la MHaVie et après tout ce qui est entretien avec un recueil des habitudes de vie »</p> <p><b>L266-271</b> « sur des bilans on demande justement, à certains moments à la personne de l'évaluer, de le cotter, donc que ce soit pendant le bilan ou sinon lors d'une séance on</p>

		<p>j'utilisais ça pour me focaliser sur, pour essayer de rester quand même holistique. »</p> <p><b>L233-236</b> « on n'évaluait pas de façon standardisée, on utilisait les rapports de la personne, [...] on faisait des évaluations objectives, on faisait des observations de la personne »</p> <p><b>L271-273</b> « en observant les expressions émotionnelles sur le visage de la personne, et aussi si la personne s'exprime autour du sujet »</p>	<p>préhensions, force de préhensions, l'équilibre postural assis/debout, écriture, coordination bimanuelle, dextérité, fonctions supérieures ([...] bilan de type MMS ou ERFC), bilan d'indépendance donc c'est tout ce qui est AVJ [...]</p> <p>Et en dernière partie bilan des situations de handicap avec un bilan environnemental, donc tout ce qui est domicile, [...] Et puis un bilan socio-familial [...] et pour terminer bilan professionnel et des loisirs, savoir quelles activités peut pratiquer la personne à son domicile. »</p> <p><b>L185</b> « on a acheté le Purdue »</p> <p><b>L205</b> « Je fais un bilan de leurs performances à accomplir les activités de la vie quotidienne »</p> <p><b>L270-271</b> « soit sur questions, soit notamment pour la toilette, l'habillage en mise en situation »</p> <p><b>L308-309</b> « ça peut arriver qu'on fasse des évaluations en cuisine »</p>	<p>peut toujours demander à la personne, comment elle trouve que ça se passe, tient elle est satisfaite ou non, et puis si elle peut chiffrer ou pas sur une échelle sa satisfaction, ça se questionne à la fois sur certains bilans qui le questionne naturellement quand on passe le bilan ou même après une séance »</p> <p><b>L272-274</b> « il y a tout ce qu'on peut demander, tout ce qu'on peut dire mais il y a aussi tout ce qui est observation des expressions du visage »</p> <p><b>L279-280</b> « le même processus entre les bilans, les entretiens, les observations plus toujours le partage d'informations lorsqu'on fait les réunions d'équipe pluridisciplinaire. »</p>
--	--	--	--	---

			<b>L338</b> « C'est de l'observation et puis des retours aussi en réunion pluriprofessionnelles »	
	L'ergothérapeute effectue une phase d'évaluation pour avoir les informations nécessaires à l'accompagnement du patient	<p><b>L59-60</b> « quels sont les problèmes pour la personne en, dans la globalité et dans leur vie, qu'est-ce qui intéresse la personne, qu'est-ce que la personne veut faire ? »</p> <p><b>L81-84</b> « comment est-ce que la personne fait parce qu'elle ne pouvait pas marcher [...] ? Comment est-ce que la personne arrivait à avoir de la nourriture dans la maison ? qu'est-ce que la personne mangeait ? pourquoi pas dormir dans le lit ? »</p> <p><b>L106-107</b> « quels étaient les dangers pour la personne ? soit physique, soit émotionnel. »</p> <p><b>L110-112</b> « rentrer dans le narratif de la personne, l'histoire [...] mais dans son langage à lui [...] essayer de comprendre la personne de l'intérieur. »</p>	<p><b>L96-98</b> « ont des difficultés dans la vie de tous les jours, qui sont souvent en difficultés à les exprimer, parce qu'on a un peu honte, et qui finalement sont très pénalisante dans la vie quotidienne. »</p> <p><b>L99-106</b> « j'ai mon ventre qui me gêne tellement que je ne peux pas me baisser, je ne peux pas me laver entre les orteils [...] bah du coup je vais avoir une mauvaise hygiène, je vais avoir après des problèmes de macération, des problèmes cutanés, etc. enfin voilà ça peut engendrer plein de difficultés par la suite. Ou voilà, quand je vais aux toilettes, mon bras est trop court, soit par devant soit par derrière, pour venir m'essuyer correctement après avoir était aux toilettes quoi. »</p> <p><b>L124-127</b> « le côté psychologique il intervient dans mon intervention obligatoirement, [...] toutes les complications de l'obésité elles interfèrent dans ma prise en charge. [...] ce sont des</p>	<p><b>L63-71</b> « le retentissement sur le quotidien était différent en fonction de l'IMC en fait. Avec la population d'obésité morbide, les retentissements étaient beaucoup plus importants sur le quotidien [...]. Alors que pour le secteur d'obésité classique, on avait des personnes relativement indépendantes, avec des difficultés parfois pour la toilette, pour la toilette intime, des choses comme ça, et après c'était surtout des plaintes sur les difficultés d'accès aux loisirs, du maintien d'activité professionnelle et domestique telle que le ménage avec des douleurs de dos et douleurs de genoux donc c'était pas du tout les mêmes problématiques rencontrées »</p> <p><b>L192-197</b> « ça ouvre un dialogue en fait sur le sujet, c'est ça qui a de bien. Après c'est plus des bilans de type MCRO que je trouve intéressant que ce soit avec les patients atteints</p>

		<b>L164</b> « une petite partie qu'était plus focalisée sur les AVQ »	patients qui ont souvent un profil psychologique assez particulier »  <b>L257-258</b> « si on reprend l'exemple du bilan de toilette-habillage le matin, moi je vais en tant qu'ergothérapeute, je vais voir qu'il y a voilà, des difficultés pour faire ses lacets, des difficultés pour se laver les cheveux »	d'obésité classique ou d'obésité morbide, parce que justement, l'idée c'est de trouver quelles sont leurs difficultés pour eux ? quelles sont leurs activités qui ont de l'importance ? leur idée, leur satisfaction sur les activités qu'ils réalisent »
Réévaluation	L'ergothérapeute évalue plusieurs fois la personne durant son accompagnement	<b>L125</b> « en anglais évaluation c'est à la fin. »  <b>L230-231</b> « évaluer les équipements et l'utilisations des équipements, évaluer si ça améliorerait la situation pour la personne. »	<b>L69</b> « il va y avoir comme vous dites des réévaluations »  <b>L223</b> « des fois il faut réajuster un petit peu par rapport à la faisabilité quotidienne de ces activités. »  <b>L344</b> « on fait rarement de bilans de sortie en fait surtout quand c'est pour des interventions ponctuelles. »	<b>L85-87</b> « des temps d'évaluation, d'auto-évaluation, au début et à la fin et après au milieu donc des temps de séance pratique sur les actes du quotidien »  <b>L172-173</b> « une évaluation à l'entrée une évaluation à la sortie ou une évaluation à l'entrée, une intermédiaire, une à la sortie »
Posture du professionnel	L'ergothérapeute adopte une posture adaptée à la situation	<b>L57</b> « moi je commençais toujours avec une attitude aussi ouverte que possible »	<b>L96-98</b> « ont des difficultés dans la vie de tous les jours, qui sont souvent en difficultés à les exprimer, parce qu'on a un peu honte, et qui finalement sont très pénalisante dans la vie quotidienne. »  <b>L130-134</b> « j'adapte mon relationnel avec les patients [...] beaucoup d'écoute, beaucoup d'empathie, beaucoup de	<b>L144-145</b> « les 3 semaines d'éducation thérapeutique se déroulent avec tout ce qui est attendu dans le monde du soin avec de la sécurité, du confort, de la bienveillance. »  <b>L271-274</b> « c'est à nous d'y être vigilant d'une séance à l'autre. Et puis

			<p>patience, beaucoup de douceur aussi et ce sont des gens qui sont en grande souffrance, qui sont rejetés par la société et leur apporter un peu d'intérêt et essayer de leur apporter des solutions, c'est déjà leur offrir beaucoup par rapport au monde extérieur qui est assez cruel avec ce genre de patient. »</p> <p><b>L229-237</b> « l'abord là il est très délicat [...] avec des gens qui ont voilà un problème d'image corporelle assez important et de pudeur et voilà, donc généralement je préviens les patients à l'avance évidemment, j'essaye de leur expliquer pourquoi, et j'essaye d'être discrète, d'amener un petit peu d'humour, [...] il faut énormément de douceur et d'empathie avec ces personnes-là et c'est assez délicat. »</p>	<p>ça fait partie des relations humaines quand on est en séance avec un patient, il y a tout ce qu'on peut demander, tout ce qu'on peut dire mais il y a aussi tout ce qui est observation des expressions du visage »</p>
<p>Modèle et conception de l'évaluation</p>	<p>L'ergothérapeute utilise l'évaluation comme mesure, gestion ou problématique de sens</p>	<p><b>L129-134</b> « l'évaluation pour moi c'est vraiment le moment de recueillir toutes les informations, [...] pour mettre à jour la situation. »</p>	<p><b>L223</b> « des fois il faut réajuster un petit peu par rapport à la faisabilité quotidienne de ces activités. »</p>	<p><b>L171-176</b> « ça permet d'évaluer le progrès, le changement, c'est-à-dire que quand on a une évaluation à l'entrée une évaluation à la sortie ou une évaluation à l'entrée, une intermédiaire, une à la sortie, ça permet d'évaluer les changements et les progrès qui peuvent être fait sur</p>

				<p>l'indépendance des personnes. Après l'évaluation c'est aussi pour moi un outil qui permet d'évaluer justement la motivation de la personne, quels sont ses motivations ? quels sont ses besoins ? ses attentes ? pour savoir sur quels axes travailler ensemble »</p>
<p>Plan d'intervention</p>	<p>Les objectifs d'intervention sont établis et le rôle de l'ergothérapeute est défini</p>	<p><b>L23-26</b> « trouver les bonnes méthodes de se déplacer, aider les personnes dans toutes les tâches fonctionnelles, [...] d'aider les aidants [...] à déplacer les personnes, donc la manutention etc... Donc c'était vraiment notre rôle de guider et de conseiller »</p> <p><b>L69-70</b> « on était contraints dans tout ce qui était manutention, des équipements, des adaptations, ou des changements dans la maison »</p> <p><b>L108-109</b> « A quoi s'intéressait la personne ? qu'est-ce que la personne voulait ? parce que nous on peut imposer les choses mais est-ce que la personne le veut vraiment ? »</p>	<p><b>L30-31</b> « la prise en charge des patients obèses à l'hôpital s'inscrit dans un programme d'éducation thérapeutique »</p> <p><b>L32-34</b> « il y a encore plus de communication et de cohérence dans toutes l'équipe, et ça c'est vraiment agréable parce qu'on perd moins de temps, on sait où on va et l'objectif, le projet de soin du patient est défini dès le début »</p> <p><b>L54-57</b> « le plus gros de mon temps d'intervention auprès de ces patients, c'est plutôt des interventions ponctuelles, c'est-à-dire soit on me sollicite pour des installations de confort ou des positionnements en chambre, au lit, également des installations au fauteuil roulant, pareil des adaptations ou des installations de confort, et beaucoup d'évaluations et de préconisation en aides</p>	<p><b>L46-50</b> « c'était un vrai travail d'équipe pluridisciplinaire où vraiment, très très complet tant par les réunions d'équipe où on avait des objectifs clairs avec le médecin de service, on s'apportait des informations mutuellement là-dessus, et puis tant aussi par des séances communes que ce soit en individuel pour l'obésité morbide ou en atelier de groupe d'éducation thérapeutique »</p> <p><b>L80-83</b> « une prise en charge en groupe sur l'éducation thérapeutique pour d'une part tout ce qui est geste et posture, pour diminuer les douleurs au niveau du dos, des genoux et après, d'autre part tout ce qui est justement</p>

	<p><b>L150-156</b> « Donc pour les objectifs, ça dépendait la personne, en négociation avec notre superviseur, le temps envisagé [...] Donc les objectifs, on les mettait, c'était important mais il fallait être un peu flexible aussi. »</p> <p><b>L220</b> « c'était plutôt focalisé sur, pas exactement focalisé sur les pathologies, mais les problèmes »</p>	<p>techniques avec des essais en lien avec des revendeurs »</p> <p><b>L85-87</b> « c'est que la personne puisse être le plus autonome possible dans sa vie de tous les jours malgré les nombreuses difficultés qu'elle peut rencontrer. »</p> <p><b>L171-174</b> « En fonction des déficiences qu'on a observées et des souhaits de la personne aussi, de ses habitudes de vie en fait. On met en relation les difficultés de la personne et ses attentes dans la vie [...] important selon les habitudes de vie des gens »</p> <p><b>L177-178</b> « on ajuste tout le temps nos objectifs qu'on aurait voulu, voilà mettre en place, avec les attentes aussi de la personne, c'est une petite négociation qui se fait »</p> <p><b>L206-207</b> « mettre en place des solutions pour améliorer leur efficacité dans leurs tâches à accomplir quotidiennement »</p>	<p>ce qu'on disait, l'accessibilité aux loisirs, aux activités domestiques »</p> <p><b>L88-90</b> « travail et amélioration de l'équilibre, parce que certains commençaient déjà à avoir des difficultés pour garder leur équilibre, de l'appréhension pour descendre des trottoirs, ou des chutes avérées »</p> <p><b>L111-113</b> « les premières interventions de l'ergo c'était déjà voir tout ce qui était positionnement au lit, l'état cutané, éviter le plus possible les escarres »</p> <p><b>L200-202</b> « Je pense qu'avec cette population-là, tout ce qui est approche TOP DOWN a beaucoup plus de sens que BOTTOM-UP en fait, parce que le fait de tout centrer sur l'occupation, la personne, sa motivation, son engagement, sera meilleure en fait sur les activités. »</p>
--	--	--	--

Critère :	Indicateurs :	E1	E2	E3
Domaines d'occupations variés	La personne réalise des activités de productivités, soins personnels, loisirs, repos	<p><b>L23-24</b> « trouver les bonnes méthodes de se déplacer, aider les personnes dans toutes les tâches fonctionnelles »</p> <p><b>L202</b> « elle voulait la dignité pour aller aux toilettes, pour se laver »</p> <p><b>L237</b> « est-ce que ça a amélioré cette occupation d'aller aux toilettes, de se laver, de se déplacer »</p> <p><b>L384-385</b> « elle pouvait participer au repas avec les petits enfants et aller regarder la télé dans le salon »</p>	<p><b>L207-210</b> « La plupart du temps ça tourne autour de la toilette et de l'habillage, c'est quand même une problématique très redondante chez ces patients-là qui ont beaucoup de difficultés dans ce domaine, et ça passe la plupart du temps par des aides techniques, par des essais, des préconisations d'aides techniques. »</p> <p><b>L286-292</b> « pour une prise en charge quotidienne en salle, là je vais vraiment balayer tous les domaines, c'est-à-dire : préparation à la maison, levé, comment sont les transferts, toilette, habillage, éventuellement aller au travail, les activités domestiques, le ménage, faire les courses, faire les repas, manger, éventuellement s'occuper du jardin [...]. En fait j'oriente mes questions selon la prescription quand c'est des interventions ponctuelles »</p> <p><b>L297-298</b> « la plupart du temps quand même c'est, quand je pose la question, c'est télé et journal »</p>	<p><b>L119-121</b> « le fait de pouvoir attraper facilement son téléphone portable ou sa télécommande parce que c'était le souhait de la personne en priorité de pouvoir l'attraper sur l'adaptable »</p> <p><b>L127-131</b> « travail en collaboration généralement avec le kiné ou le prof d'activité physique adaptée pour trouver l'équilibre assis, pour après travailler sur l'équilibre debout, pour le passage en fauteuil roulant et les déplacements en fauteuil roulant manuel et puis après quand vient la possibilité, si c'est possible, les déplacements avec déambulateur »</p>

<p>Equilibre occupationnel</p>	<p>La personne souffrant d'obésité participe et s'engage dans des activités significantes et variées</p>	<p><b>L60-62</b> « quand la personne n'a pas beaucoup d'énergie, ce n'est pas nécessairement se laver, se rhabiller le matin qui est le plus important. »</p> <p><b>L171-174</b> « qu'on peut avoir équilibre occupationnel du point de vue de la personne, qui peut être tout à fait différente que la perspective de l'ergothérapeute. Donc pour la personne, est-ce que la personne est contente avec les différentes activités, les différentes occupations dans leur vie ? »</p> <p><b>L216-217</b> « dans notre service c'était pas du tout focalisé sur l'équilibre occupationnel ça c'est sûr, c'était pas du tout, je dirais, ils n'avaient pas une idée sur science de l'occupation »</p> <p><b>L270-276</b> « est-ce que la personne a l'air d'être vraiment familier avec, est-ce que la personne a vraiment une habitude, une aisance avec l'équipement ou la tâche ? [...] est-ce que la personne</p>	<p><b>L82-83</b> « Des fois c'est les patients qui viennent me solliciter d'eux-mêmes aussi »</p> <p><b>L107-113</b> « Donc proposer des aides techniques, [...] ça parait pas grand-chose mais ça leur redonne quand même de l'autonomie en plus, et au niveau psychologique je pense que c'est très important aussi, quand on touche aux soins d'hygiène très intime, pouvoir redonner à la personne la possibilité de le faire elle-même, c'est quand même très important. »</p> <p><b>L242-246</b> « C'est très variable d'une personne à l'autre, il y a des gens qui vont vraiment avoir la démarche de faire le plus possible eux-mêmes, [...] et d'autres pour qui la motivation est quasiment absente et puis ça leur convient très bien qu'on leur lave le dos finalement donc là c'est plus difficile de mettre des choses en place évidemment. »</p> <p><b>L250</b> « il y a des fois des patients qui n'ont pas le souhait de faire plus eux-mêmes »</p>	<p><b>L104-108</b> « avec des personnes qui arrivaient grabataires, quasiment toutes, et qui étaient hospitalisées pendant plusieurs mois voire plusieurs années et qui n'avaient pas du tout choisies cette hospitalisation contrairement à l'autre secteur où les personnes venaient là généralement de façon volontaire pour un séjour de 3 semaines d'éducation thérapeutique et on pouvait retrouver une motivation avec de réelles demandes et attentes »</p> <p><b>L116</b> « quelles sont ses motivations pour participer et commencer à reparticiper à quelques activités »</p> <p><b>L152-153</b> « elles sont déjà dans l'optique de dire qu'elles vont changer leurs habitudes de vie »</p> <p><b>L155-168</b> « Tandis que pour le secteur d'obésité morbide, quand ils arrivent, la priorité des soignants ça va être de maintenir la personne en bonne santé, [...] que les personnes deviennent le plus indépendantes possible, notamment pour la toilette,</p>
--------------------------------	--	---	---	---

		<p>ressent de la satisfaction avec ces équipements ? [...] pour moi c'est la volition dans le MOH qui m'aide vraiment à comprendre la personne et donc comprendre la motivation de la personne dans cette tâche. »</p> <p><b>L299-304</b> « souvent les clients faisaient des choix sur : je préfère dépenser de l'énergie sur d'autres tâches que de me laver le matin et donc, parce qu'en arrivant à un certain poids ça devient vraiment vraiment difficile de se déplacer, de se tenir debout, de faire les tâches et donc c'est sûr qu'ils avaient des aides-soignants pour ce qui était toilette, se laver etc... ils auraient pu focaliser leur énergie, leurs ressources là-dessus mais des fois il faisait le choix de ne pas le faire »</p> <p><b>L384-385</b> « elle pouvait participer au repas avec les petits enfants et aller regarder la télé dans le salon »</p>	<p><b>L295-297</b> « on accueille quand même des patients qui sont en obésité morbide très sévère, la plupart quand même n'ont plus d'activité de loisir, pas tous, on a des gens un peu plus actifs qui continuent à avoir d'autres activités »</p> <p><b>L330-331</b> « savoir si c'est un choix, si ça se passe bien comme ça, ou sinon la personne elle aimerait bien de nouveau pouvoir cuisiner un petit peu aussi »</p> <p><b>L422-424</b> « puisqu'on a beaucoup de patient qui n'ont plus d'activité professionnelle, soit qui sont retraité, soit qui sont en invalidité depuis longtemps. »</p>	<p>l'habillage, les déplacements, alors que là il y a un gros écart avec les personnes elles-mêmes parce que la plupart du temps, soit elles ont juste envie de sortir et rentrer chez elles, soit elles leur priorité ça va être des objectifs plus liés à une perte de poids à nouveau ou alors, certains arrivent à retrouver un intérêt sur des loisirs, mais on va dire les tâches essentielles du quotidien toilette-habillage, ça ne les intéresse pas du tout, c'est pas leur objectif à eux, au patient. »</p> <p><b>L200-202</b> « Je pense qu'avec cette population-là, tout ce qui est approche TOP DOWN a beaucoup plus de sens que BOTTOM-UP en fait, parce que le fait de tout centrer sur l'occupation, la personne, sa motivation, son engagement, sera meilleure en fait sur les activités. »</p> <p><b>L238-242</b> « retour à l'activité par rapport aux occupations, ce qui est sûr qu'il faut faire attention [...] que l'environnement soit facilitateur et permette le maintien ou la reprise d'activité, c'est hyper important parce</p>
--	--	--	--	---

			<p>que bien souvent il n'est pas adapté pour cette population-là »</p> <p><b>L336-338</b> « réellement aller chercher les activités pour lesquelles elles sont, elles ont un intérêt, pour lesquelles elles voudraient mieux participer, plus faire cette activité-là, faire comme-ci comme-ça, là on fait quelque chose qui a du sens pour ces personnes. »</p>
La personne consacre du temps pour ses activités significatives	<b>L289-291</b> « Parce que pour ces personnes, toute activité prend beaucoup d'énergie, c'est très fatigant et ils ralentissent petit à petit, donc la tâche peut devenir vraiment très longue. »	<b>L358-362</b> « la plupart du temps il faut beaucoup plus de temps pour accomplir une activité que pour quelqu'un qui n'a aucune pathologie et aucun handicap, donc oui la temporalité elle est différente et parfois il faut aussi travailler sur ce domaine-là avec les gens, en essayant de leur apprendre que tant pis on va prendre plus de temps mais on va le faire quand même »	<b>L291-293</b> « les référentiels de temps, ça va être totalement différent par rapport à cette population-là donc vraiment c'est plus en fonction des habitudes de vie de chacun, il ne faut pas essayer d'appliquer un calque sur des normes »
La personne obèse est satisfaite des activités réalisées et du temps			<b>L208-214</b> « pour moi c'est finalement la place de chacune de nos activités, nos occupations dans notre journée, notre quotidien. [...] c'est d'avoir justement des activités tout au long de la journée qui ont du sens

	accordé aux activités			<p>pour nous et [...] qui nous amène à être en activité justement, à ne pas rester à ne rien faire pendant des heures devant la télé, mais à avoir des activités qui ont du sens, à avoir une activité pas seulement intellectuelle mais physique »</p> <p><b>L295-301</b> « L'idée c'est vraiment que la personne, justement c'est ses habitudes de vie, ses objectifs et sa propre satisfaction, si pour elle sa satisfaction c'est de mettre 1H30 pour avoir réalisée sa toilette le matin et de l'avoir fait totalement des pieds à la tête seule, très bien, si à l'inverse sa satisfaction c'est d'avoir mis un quart d'heure à avoir su ce qu'elle pouvait faire sur la toilette mais que ce soit quelqu'un d'autre qui lui fasse le reste et par contre prendre plus de temps après sur une activité de cuisine ou de marche, ce n'est pas à nous de le décider et de le juger en fait »</p> <p><b>L266-271</b> « sur des bilans on demande justement, à certains moments à la personne de l'évaluer, de le cotter, donc que ce soit pendant</p>
--	-----------------------	--	--	--

				le bilan ou sinon lors d'une séance on peut toujours demander à la personne, comment elle trouve que ça se passe, tient elle est satisfaite ou non, et puis si elle peut chiffrer ou pas sur une échelle sa satisfaction, ça se questionne à la fois sur certains bilans qui le questionne naturellement quand on passe le bilan ou même après une séance »
Composantes des activités	La personne réalise des activités faisant intervenir des composantes physique, mentale, sociale ou émotionnelle, faites par envie, besoin ou obligation	<p><b>L116</b> « elle voulait aller à l'église »</p> <p><b>L202</b> « elle voulait la dignité pour aller aux toilettes, pour se laver »</p> <p><b>L385-389</b> « elle avait beaucoup beaucoup de difficultés, donc ce n'était pas question de lui aider de perdre du poids, ce n'était pas le moment dans sa vie de faire ça. Mais, on a donc pu lui aider à participer dans la vie familiale, qui était le plus important pour elle. Et regarder la télé c'était très bien parce qu'elle voulait mieux, elle</p>	<p><b>L111-113</b> « quand on touche aux soins d'hygiène très intime, pouvoir redonner à la personne la possibilité de le faire elle-même, c'est quand même très important. »</p> <p><b>L124</b> « le côté psychologique il intervient dans mon intervention obligatoirement »</p>	<p><b>L212-214</b> « qui nous amène à être en activité justement, à ne pas rester à ne rien faire pendant des heures devant la télé, mais à avoir des activités qui ont du sens, à avoir une activité pas seulement intellectuelle mais physique. »</p> <p><b>L231</b> « occupations sur les différents plans, que ce soit l'émotionnel, le physique »</p>

		avait des émotions qu'elle abordait »		
	La personne rencontre des facteurs limitants la participation occupationnelle	<p><b>L153</b> « la personne fatiguait beaucoup »</p> <p><b>L361-364</b> « Il y a le côté physique qui empêche les mouvements, qui donne la fatigue, l'essoufflement, des douleurs, mais il y a aussi le côté émotionnel, la honte de soi-même, ou même le dégoût de soi-même, qui empêche la personne de s'engager dans les occupations. Et aussi il y a le côté, les professionnels, la société, qui donne des regards discriminatoires sur la personne »</p> <p><b>L369-370</b> « la personne ne veut pas s'engager dans les services parce qu'elle sent qu'il y a cette perspective discriminatoire. »</p>	<p><b>L132-134</b> « sont rejetés par la société [...] monde extérieur qui est assez cruel avec ce genre de patient »</p> <p><b>L214-216</b> « il y a beaucoup de fatigabilité chez les personnes obèses qui ont un déconditionnement à l'effort souvent assez important et des douleurs, beaucoup de douleurs articulaires notamment au niveau des membres sup »</p> <p><b>L301-303</b> « Soit, plus envie, soit je n'ai pas envie de sortir c'est trop dur, c'est trop fatiguant, pour des difficultés des fois d'accès du domicile pour sortir et pour entrer, notamment des fois des gens qui sont en fauteuil roulant. »</p> <p><b>L417-419</b> « Les principaux facteurs, il y a les incapacités physiques à accomplir certaines tâches, il y a les incapacités psychologiques notamment la dépression qui vont des fois entraver certaines activités, et puis quand même l'environnement socio-familial joue un rôle très important aussi »</p>	<p><b>L63-68</b> « le retentissement sur le quotidien était différent en fonction de l'IMC en fait. Avec la population d'obésité morbide, les retentissements étaient beaucoup plus importants sur le quotidien [...]. Alors que pour le secteur d'obésité classique, on avait des personnes relativement indépendantes, avec des difficultés »</p> <p><b>L246-248</b> « la fatigue va être bien plus vite présente, les douleurs aussi donc oui oui. Et l'estime de soi bon n'en parlons pas, il y a un travail tellement énorme à faire là-dessus »</p> <p><b>L353-357</b> « Les facteurs limitants donc en fonction de leur IMC avec justement leur morphologie, ce que le poids entraîne comme douleurs, comme troubles respiratoires, comme troubles trophiques et cutanés, tout ce qui va être la fatigue, les difficultés à dormir et trouver un bon positionnement. Il va y avoir tout ce</p>

				<p>qui va être environnement pas adapté qui va limiter aussi leur motivation et leur participation sur des activités »</p> <p><b>L360-361 [environnement social]</b> « ça peut être un facteur limitant tout à fait. Un facteur déclenchant très souvent et après que ça maintienne cette limite de participation »</p>
<p>Adaptation des activités</p>	<p>La personne participe à la modification de ses activités et de son environnement</p> <p>La personne a conscience de ses limites et demande de l'aide pour certaines activités</p>	<p><b>L79-86</b> « mais pourquoi elle dort dans le fauteuil ? [...] Pourquoi pas dormir dans le lit ? [...] on a découvert parce qu'elle s'étouffait quand elle se couchait, donc elle préférait être dans une position assise et elle avait aussi de l'oxygène la nuit parce qu'elle avait une apnée. »</p>	<p><b>L100-102</b> « soit j'arrive à demander de l'aide, soit je ne peux pas demander de l'aide parce que je n'ai personne autour de moi ou parce qu'au niveau psychologique ça me coûte trop de demander ça »</p> <p><b>L168</b> « savoir quelles activités peut pratiquer la personne à son domicile »</p> <p><b>L209-210</b> « ça passe la plupart du temps par des aides techniques, par des essais, des préconisations d'aides techniques. »</p> <p><b>L258-263</b> « je vais pouvoir proposer des aides techniques ou des solutions d'installation pour pouvoir pallier à ce problème, je vais en discuter avec la personne [...]. On ne peut rien imposer, on propose mais... »</p>	<p><b>L145-153</b> « que dans les groupes qui sont formés il y ait de la pair-émulation, que ça amène les personnes pendant ces 3 semaines-là à cheminer sur leurs habitudes de vie, à les changer, à percevoir ce qu'ils peuvent changer et à profiter de leur motivation pour pouvoir en plus de la perte de poids, justement comprendre les mécanismes de l'obésité, quelles sont les causes ? quelles sont les conséquences ? comment modifier cela, ce que ça impact ? [...] elles en ont entendu parlé et elles sont déjà dans l'optique de dire qu'elles vont changer leurs habitudes de vie »</p>

			<p><b>L276-278</b> « des fois la personne ne se rend pas compte qu'elle peut faire telle ou telle chose, ou alors elle dit pouvoir le faire et en fait elle a des difficultés. »</p> <p><b>L387-390</b> « la reprise d'activité avec des gens qui ne faisait souvent plus de sport, plus du tout d'activité physique et donc nous on peut être amenées parfois aussi à faire des adaptations dans ce cadre-là, des adaptations de matériel. Et après, on essaye de solliciter les personnes à garder cette activité qu'ils ont réussi à développer ici, à prendre du plaisir avec, à l'extérieur »</p>	
<p>Bénéfices et impacts de l'équilibre occupationnel sur la santé</p>	<p>La personne prend conscience de l'impact de la maladie sur sa santé</p> <p>La personne se sent en capacité de choisir et réaliser ses activités</p>	<p><b>L308-313</b> « regarder sa vie, ses intérêts, sa motivation et je pense que vraiment d'avoir la possibilité de regarder tout ça donnera à la personne des choix dans la vie quand même. Et peut-être la possibilité pour la personne de redécouvrir ses motivations dans la vie, et à partir de là, des motivations, pour changer leurs situations. Donc je pense que si on avait la possibilité de vraiment l'utiliser, je pense que ce serait</p>	<p><b>L377-380</b> « Elle peut être bénéfique en lui donnant la possibilité d'être plus autonome pour l'accomplissement de ses activités de vie quotidienne également professionnelles, sociales, familiales, et du coup je pense que là, même si on parle plus sur un plan on va dire physique, ça a de forts retentissements sur le bien-être psychologique aussi et sur l'estime de soi. »</p> <p><b>L398-401</b> « l'obésité c'est un cercle vicieux en fait, de prise de poids, de perte</p>	<p><b>L184-192</b> « DALLAS [...], c'est une auto-évaluation donc [...] c'est un outil qui permet d'avoir une prise de conscience de ces personnes sur tout le mécanisme de cercle vicieux qui peut être entraîné à cause de la douleur et de la mise en mouvement du corps ou en effet la reprise d'activité certaines fois peut entraîner des douleurs mais le fait de ne rien faire à l'inverse va aussi engendrer des douleurs plus importante »</p>

	<p>La personne ressent un sentiment de bien-être après avoir réalisée des activités significatives</p>	<p>vraiment bénéfique pour la personne. »</p> <p><b>L318-322</b> « un tableau de déséquilibre absolu ça peut être un peu effrayant donc il faut vraiment accompagner la personne [...] je pense que ça l'aide vraiment à faire les choix, de se dire que j'ai le droit de faire des choix dans ma vie et je pense que ça donne la motivation »</p> <p><b>L340-343</b> « je pense que ça, avec tous ces éléments et donc notre côté psychologique, émotionnel, physique et les activités, ça nous donne la possibilité de se sentir bien, comment on dit en anglais, réaliser dans nos activités. Ça nous donne de la satisfaction et un sentiment de bien-être qui vient de ça quand on réussit bien à faire quelque chose. »</p>	<p>de capacités fonctionnelles donc de reprise de poids, on perd encore plus de capacités fonctionnelles etc... Là à partir du moment où on va essayer et des fois réussir à casser un petit peu cet engrenage, on va avoir un impact sur la santé. »</p> <p><b>L410</b> « on peut être en santé physique et être en mal-être en même temps »</p> <p><b>L412-414</b> « c'est vraiment dépendant de la personne et de ses attentes, de ses besoins donc oui ça correspond avec ce dont la personne a besoin d'accomplir »</p>	<p><b>L327-329</b> « il peut être bénéfique pour ces personnes-là parce que justement ça, je pense que ça permet un vrai engagement de ces personnes-là sur la prise en charge et une amélioration de leur motivation »</p> <p><b>L350 [indicateur de qualité de vie]</b> « Oui tout à fait, oui bien-sûr »</p>
--	--	---	--	---

## Etude de l'utilisation de l'Inventaire de l'Equilibre de Vie pour les personnes en situation d'obésité

### Résumé :

**Mots-clés :** Obésité, Ergothérapie, Equilibre Occupationnel, Engagement Occupationnel, Qualité de Vie, Motivation

**Introduction** – L'obésité est une maladie chronique, souvent invalidante. Nous nous sommes intéressés dans cette recherche aux pratiques ergothérapeutiques utilisées auprès de la population souffrant d'obésité. Trois concepts théoriques sont développés, l'obésité, les rôles de l'ergothérapeute auprès de cette population et la recherche d'un équilibre occupationnel pour une meilleure qualité de vie. **Objectifs** – Cette étude a pour objectif de recenser les outils et approches utilisées par les ergothérapeutes pour intégrer l'équilibre occupationnel dans les accompagnements des personnes souffrant d'obésité. **Méthodes** – Trois ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé dans des structures accueillant des personnes obèses, ont été interrogées à partir d'un guide d'entretien semi-structuré, élaboré sur les concepts théoriques. Une analyse catégorielle basée sur une matrice d'analyse a permis d'organiser les informations pour effectuer une étude qualitative. **Résultats** – Cette étude témoigne d'une concordance entre la pratique des professionnelles interviewées et la revue de littérature. Toutefois cette recherche révèle une faible intégration de l'équilibre occupationnel dans les interventions ergothérapeutiques des personnes souffrant d'obésité. **Conclusion** – L'inclusion de l'équilibre occupationnel dans ces suivis ergothérapeutiques favoriserait la motivation et l'engagement des patients dans les occupations quotidiennes, améliorerait l'autonomie et le bien-être. L'utilisation de l'Inventaire de l'Equilibre de Vie permettrait d'évaluer cet équilibre occupationnel tout au long de l'accompagnement ergothérapeutique.

## Study of the use of the Life Balance Inventory for people with obesity

### Abstract :

**Keywords :** Obesity, Occupational Therapy, Occupational Balance, Occupational Engagement, Quality of Life, Motivation

**Introduction** – Obesity is a chronic, often disabling disease. This research, focuses on occupational therapy practices used with the obese population. Three theoretical concepts are developed: obesity, the roles of occupational therapists in this population and the occupational balance sought for a better quality of life. **Aim** – The aim of this study is to identify the tools and approaches used by occupational therapists to include occupational balance when supporting people suffering from obesity. **Method** – Three occupational therapists who work or have worked in facilities for people with obesity were interviewed using a semi-structured interview guide based on theoretical concepts. A qualitative analysis of the data was made using a content analysis method based on an analysis matrix. **Results** – This study shows a correspondence between the practice of the professionals interviewed and the literature review. However, this research reveals a weak integration of occupational balance in occupational therapy intervention for people suffering from obesity. **Conclusion** – The inclusion of occupational balance in these occupational therapy practice would increase patients' motivation and involvement in activities of daily living. Furthermore, it would improve their autonomy and well-being. To this end, the Balance of Life Inventory would make it possible to assess this occupational balance throughout the occupational therapy support.

**Auteur / Author :** Jeanne VIMOND