

Ergothérapie et écoresponsabilité dans l'accompagnement du patient

Stéphanie BAUQUIER PREMAT

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Sous la direction de Madame Yasmine AIT SI SELMI, ergothérapeute D.E.

Mai 2024



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e), Stéphanie BAQUIER PREMAT, étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 20/02/2024

Signature :



Note aux lecteurs

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné.

Remerciements

Je remercie tout d'abord Yasmine Ait Si Selmi, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement et l'enthousiasme qu'elle a manifesté à l'égard de mon sujet.

J'adresse également un grand merci à toute l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil pour leur accompagnement et leur soutien durant ces trois années, et plus particulièrement à Simon Gadeyne, mon référent ces deux dernières années et responsable pédagogique de troisième année, pour sa bienveillance, sa disponibilité et son infinie patience.

Un immense merci à Sandra Vaz, pour son soutien depuis le début de ce projet de mémoire, ses précieux conseils et remarques, et pour m'avoir fait connaître le R2DE et ses membres ; ainsi qu'à Sarah Thiébaut pour son accueil au sein du réseau, son soutien et les informations transmises.

Je remercie bien sûr chaleureusement les ergothérapeutes interrogés, pour le temps qu'ils ont bien voulu me consacrer, l'intérêt porté à mon sujet et la qualité de leurs réponses.

J'adresse également un clin d'œil à mes camarades de reconversion, Cécile et Emmanuelle, avec qui j'ai passé trois superbes années, en partie grâce à elles et à nos mémorables fous rires.

Enfin, j'adresse un immense merci aux membres de ma famille pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements dans ce projet de reconversion, particulièrement à mes enfants pour leur compréhension et l'acceptation de mon manque de disponibilité, et enfin et surtout à mon mari sans qui l'aboutissement de cette reconversion n'aurait pas été possible.

« Tout le monde pense à changer le monde, mais personne ne pense à se changer »

Léon Tolstoï

Ecrivain (1828 – 1910)

Table des matières

Liste des abréviations	
Introduction.....	1
I. Partie contextuelle	3
A. Le réchauffement climatique, une réalité.....	3
B. Position de la WFOT	4
C. La pratique professionnelle de l'ergothérapeute	5
D. L'accompagnement du patient : le dilemme de l'ergothérapeute	7
E. Problématique.....	9
II. Partie conceptuelle.....	10
A. Du réchauffement climatique à l'écoresponsabilité : de quoi parlons-nous ?	10
B. La santé, un enjeu majeur	12
1. Qu'est-ce que la santé ?.....	12
2. Les maladies chroniques	13
3. Prévention et promotion de la santé	15
C. Les occupations humaines	16
1. Définition de l'occupation et son côté obscur	17
2. Justice occupationnelle.....	18
3. Occupations écoresponsables et transition occupationnelle	19
D. Intervention de l'ergothérapeute : une pratique patient centrée.....	20
1. Définition de l'ergothérapie.....	20
2. Les modèles conceptuels en ergothérapie	21
3. La volition, valeur phare du MOH	23
4. L'engagement du patient.....	25
5. Les compétences éducationnelles de l'ergothérapeute.....	26
6. Moyens dont dispose l'ergothérapeute	27
III. Partie exploratoire	34
A. Méthodologie de recherche.....	34
1. Objectifs de la recherche	34
2. Population cible	36
3. Méthodologie de recherche et outil :	37
4. Recrutement des personnes interrogées	39

B.	Résultats et analyse.....	40
1.	Profil des ergothérapeutes interrogés.....	40
2.	L'accompagnement des patients.....	45
3.	Vers une transition occupationnelle écoresponsable du patient ?.....	49
C.	Discussion.....	50
1.	Les freins à l'accompagnement du patient dans une transition écoresponsable.....	50
2.	Des leviers d'actions possibles.....	54
3.	Confrontation à l'hypothèse.....	58
4.	Limites et apports de l'enquête.....	59
5.	Pistes de réflexion.....	61
	Conclusion.....	63
	Bibliographie.....	65
	Annexes.....	I
	Résumé.....	

Liste des abréviations

- ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie, nouvellement appelée Agence de la transition écologique
- ASECAT : Annuaire des Structures de l'Economie Circulaire des Aides Techniques
- ANAP : Agence Nationale de la Performance sanitaire et médico-sociale
- ANFE : Association Nationale française des ergothérapeutes
- ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CCTE : Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE
- CESE : Conseil Economique Social et Environnemental
- CIF : Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
- Co-Op : Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
- CSIS : Conseil Stratégique des Industries de Santé
- DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
- DM : Dispositifs Médicaux
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DREES : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education (Réseau Européen d'Ergothérapie dans l'Enseignement Supérieur)
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- GES : Gaz à Effet de Serre
- GIEC : Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HDJ : Hôpital De Jour
- IFE : Institut de Formation en Ergothérapie
- MCRO - P : Modèle Canadien de Rendement Occupationnel et de Participation
- MIOT : Modified Instrumentalism in Occupational Therapy
- MNP : Micro et Nano-Particules

- MOH : Modèle de l'Occupation Humaine
- ODD : Objectifs de Développement Durable de l'OMS
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU : Organisation des Nations Unies
- OPCO : Opérateurs de Compétences (Structures agréées par l'Etat pour soutenir les entreprises dans le développement et la gestion des compétences et de la formation)
- OSA : Occupational Self-Assesment
- OT-HOPE : Outils d'auto-détermination des objectifs en ergothérapie
- PFAS : Substances Per et PolyfluoroAlkylées, appelés polluants éternels
- PPH : Modèle du Processus de Production du Handicap (Appellation complète : MDH-PPH : Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap)
- R2DE : Réseau pour le Développement Durable en Ergothérapie
- SMR : Service de Soins Médicaux et de Réadaptation
- TDC : Trouble du Développement de la Coordination
- WFOT : World Federation of Occupational Therapists (Fédération mondiale des Ergothérapeutes)

Introduction

Il est aujourd'hui prouvé scientifiquement que le changement climatique est une réalité, comme en atteste régulièrement le Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat (GIEC, 2014, 2023). Actuellement, pas une journée ne se passe sans que nous constations les répercussions négatives de cette crise écologique, qui représente une menace fondamentale pour la santé humaine (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2023). De nombreuses actions collectives, gouvernementales et individuelles sont initiées et mises en place pour lutter contre ce dérèglement climatique et favoriser le développement durable, afin de préserver les ressources naturelles dont l'humanité dépend. A chacun son niveau de prise de conscience et d'action, mais pas un secteur d'activité n'est exempté de trouver des solutions et d'adapter sa pratique, à commencer par le secteur de la santé, pourvoyeur important d'émissions de gaz à effet de serre, contribuant ainsi à la dégradation de la santé humaine qu'il tente par tous les moyens de préserver et d'améliorer (Health Care Without Harm (HCWH), 2019) (The Shift Project, 2021). Dès lors, qu'en est-il de l'ergothérapie et du développement durable ?

Plusieurs constatations m'ont menée au choix de cette thématique : la première a eu lieu lors de mon stage en service de soins médicaux et de réadaptation (SMR), dans lequel aucune gestion des déchets plastiques ou de produits à usage unique n'était instaurée, hormis les déchets DASRI, alors que le tri des déchets est instauré depuis de nombreuses années pour la collecte des déchets domestiques et dans de nombreuses entreprises. Ensuite, j'ai constaté lors de nos cours et travaux pratiques d'appareillage que les orthèses étaient majoritairement fabriquées à partir de matériaux non recyclables, comme les polymères thermoformables. Sachant qu'un tiers des aides techniques, dont les orthèses, sont abandonnées après un an à compter de la livraison du matériel (Voisin, Forcier, & La Tour, 2023), le caractère recyclable de ces aides techniques est donc un sujet majeur. Ces situations m'ont amenée à la réflexion qu'en 2023, le sujet du développement durable et de l'éco-responsabilité semblait encore trop peu considéré dans le secteur de la santé et notamment de l'ergothérapie, ou du moins peu mis en pratique sur le terrain. J'ai alors décidé d'entamer des recherches sur ce sujet, afin de voir s'il existait des pratiques de l'ergothérapie plus compatibles avec la notion de développement durable.

En tant que spécialiste des occupations humaines, l'ergothérapeute peut se saisir de sa capacité à jouer un rôle dans la lutte contre les changements, comme l'en exhorte la Fédération mondiale des ergothérapeutes, tant dans sa pratique professionnelle qu'auprès des patients (WFOT, 2012).

J'aborderai cette thématique tout d'abord en présentant dans une première partie le contexte, qui m'amènera à dessiner une problématique. J'aborderai ensuite dans une seconde partie les concepts engagés par la problématique soulevée, puis je proposerai une hypothèse susceptible d'y répondre. Je vous présenterai ensuite mon enquête effectuée auprès de quatre ergothérapeutes, par la restitution et analyse des résultats. Je terminerai par une discussion sur la confrontation de mon hypothèse aux résultats des entretiens, avant de décrire les limites et points forts de cette enquête et de proposer des pistes de réflexions.

I. Partie contextuelle

Le réchauffement climatique est une réalité qui a poussé la WFOT à prendre position sur la nécessité pour les ergothérapeutes d'adapter leur pratique professionnelle ainsi que l'accompagnement des clients (c'est-à-dire des patients, bénéficiaires ou usagers) (WFOT, 2012).

A. Le réchauffement climatique, une réalité

Le dérèglement climatique a été constaté à partir de preuves scientifiques par le Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat (GIEC) dès 1988, date de sa création. Cet organe intergouvernemental a été créé par l'ONU dans l'optique de fournir aux dirigeants politiques des rapports d'analyse de l'évolution du changement climatique, de ses causes et de ses conséquences (Ministère de la Transition Ecologique, 2023). Il émet également des recommandations sur lesquelles les gouvernements peuvent s'appuyer pour concevoir leurs projets de politique écologique interne.

Dès 2007, le GIEC alertait sur le lien de causalité plus que probable entre les gaz à effet de serre (GES) émis par l'Homme et le réchauffement climatique (GIEC, 2007), ce qu'il confirmera plus tard dans ses rapports suivants, comme en 2014 et 2020. Il affirme que ce sont « *les occupations humaines [qui] sont à l'origine des changements climatiques et du dérèglement du climat, que celles-ci soient réalisées dans la sphère du travail ou dans la sphère personnelle, car plusieurs parmi elles ne respectent pas les capacités de régénérescence de la Terre* » (GIEC, 2014, 2020, 2023).

Cette crise écologique se traduit par des phénomènes climatiques extrêmes (sécheresses, ouragans et inondations), ainsi qu'une pollution de l'air, de l'eau et du sol, engendrant un impact néfaste sur la faune et la flore, les cultures, les conditions de vie, et par conséquent la santé. De nombreuses études montrent l'impact sur toutes les dimensions de la santé, qu'il s'agisse de santé physique, cognitive, ou mentale, sur tous types de pathologies, et à tout âge (Dab, 2020). En effet, « *parmi les 102 grandes maladies répertoriées par l'OMS, 85 sont en tout ou partie liées à des causes environnementales* » (Ibid.)

Aujourd'hui, l'impact de la pollution de l'air n'est plus à prouver : celle-ci a des effets néfastes non seulement sur l'appareil respiratoire, mais également sur le système cardiorespiratoire ; sur la grossesse et le développement de l'enfant, sur le système nerveux central, et intervient également dans des pathologies, notamment chroniques, telles que le diabète, cancers, et également dans les troubles psychiatriques (Thurston, et al., 2017). De même, les produits chimiques déversés dans l'eau et le sol

et qui constituent des perturbateurs endocriniens, sont « *suspectés de contribuer à de nombreuses pathologies chroniques ou développementales : troubles hormonaux et leurs conséquences (infertilité, puberté précoce, obésité, maladie thyroïdienne...), mais aussi malformations congénitales, cancers hormono-dépendants, et même troubles de l'immunité* » (Santé Publique France, 2019).

De plus, une toute récente étude publiée le 6 mars 2024 a montré pour la première fois que les micro et nanoplastiques (MNP) présents dans l'air, l'eau et la nourriture pouvaient constituer un facteur de risque majeur sur la santé, notamment sur le système cardiovasculaire (Marfella, et al., 2024). En effet, selon cette étude, la présence de MNP dans les plaques d'athérome d'artères carotidiennes multiplierait par quatre la survenue d'évènements cardiovasculaires tels que infarctus du myocarde et AVC, et de décès toute cause confondue (Ibid.). Cette présence dans l'organisme humain s'explique par la dégradation des plastiques largement diffusés dans l'environnement sous forme de micro et nanoparticules, qui sont ingérés par l'organisme. Selon une estimation de l'Université de Newcastle en Australie, l'être humain ingérerait cinq grammes de plastique par semaine, ce qui équivaut à la quantité contenue dans une carte de crédit (Senathirajah, et al., 2021) (World Wildlife Fund (WWF), 2019).

Ainsi, une variété très large de profils patients et de pathologies est concernée par la pollution et le dérèglement climatique, dus aux activités humaines.

B. Position de la WFOT

La World Federation of Occupational Therapists (WFOT, ie la Fédération mondiale des Ergothérapeutes) en a pris note et intégré ce constat. Elle a pris position dès 2012, en rappelant que l'ergothérapeute est l'expert de l'occupation humaine, et qu'il appuie son expertise sur les trois sphères de la triade patient-occupation-environnement. Ces trois sphères sont interdépendantes les unes des autres et interagissent entre elles. L'ergothérapeute centre sa pratique sur le patient, en lui permettant de réaliser ses occupations dans son environnement de manière autonome et/ou indépendante. Puisqu'il est désormais prouvé que ce sont les occupations humaines qui sont à l'origine du dérèglement climatique, la WFOT a de ce fait souligné que l'ergothérapeute a donc pour responsabilité d'avoir une considération écoresponsable des occupations. Elle déclare qu'« *il est essentiel que les ergothérapeutes, dans leurs rôles centrés sur l'occupation et la performance occupationnelle, travaillent en tenant compte du développement durable tant dans la profession qu'avec les clients et les communautés* » (WFOT, 2012) (Voir Annexe I, page II).

Cette déclaration porte sur deux axes : d'un côté l'ergothérapeute et sa pratique professionnelle en elle-même, et de l'autre l'accompagnement du patient par l'ergothérapeute.

C. La pratique professionnelle de l'ergothérapeute

Concernant l'ergothérapeute et sa pratique professionnelle tout d'abord : en tant que professionnel de santé, l'ergothérapeute se doit d'adapter sa pratique aux enjeux climatiques. Le groupe de réflexion (« think tank ») the Shift Project s'est penché sur l'impact du secteur de la santé sur l'environnement. Dans son rapport « Décarboner la santé pour soigner durablement » publié en 2021 et complété en 2023, il souligne que le secteur de la santé en France est responsable à lui seul de 8 % du total national des émissions de gaz à effet de serre (GES) (The Shift Project, 2021), faisant ainsi de ce secteur le 2^{ème} plus gros pollueur après l'industrie. Au niveau mondial, l'ONG Health Care Without Harm (HCWH), dans son rapport de 2019, montre que les émissions du secteur de la santé s'élèvent à 4,4% des émissions nettes mondiales, ce qui ferait de lui le 5^{ème} plus gros émetteur de la planète si le secteur de la santé était un pays (HCWH, 2019). Ils mettent ainsi en lumière le paradoxe d'un secteur censé préserver et améliorer la santé de ses usagers alors qu'il contribue en parallèle à sa dégradation en émettant des gaz à effet de serre responsables de changement climatique, dont les conséquences sur la santé sont connues. Afin de remédier à cette situation, le Shift Project propose une trentaine de mesures, réparties sur plusieurs thématiques, qui sont :

- l'alimentation : par exemple réduire le gaspillage et proposer des repas végétariens,
- les bâtiments, notamment leur rénovation thermique
- les déplacements des personnels de santé, avec l'incitation au recours aux transports en commun ou actifs, le recours au télétravail et le développement de la télémedecine,
- les gaz médicaux, avec l'interdiction des gaz anesthésiants à fort effet de serre,
- la gestion des déchets et l'utilisation de matériaux réutilisables, etc...
- les médicaments, avec notamment la réduction des médicaments non-utilisés et la mise en place de politique d'achats éco-responsables,
- les dispositifs médicaux (DM), avec notamment la réduction des DM à usage unique en privilégiant le recours à des dispositifs de seconde main lorsque cela est possible.

Toutes ces mesures ont été reprises par le gouvernement dans sa feuille de route sur la « Planification écologique du système de santé » publiée en mai 2023. Celui-ci déclare que « *la transition*

écologique en santé est une démarche de santé durable favorisant l'intégration de mesures économiquement viables, socialement équitables et écologiquement soutenables, promotrices de santé et de bien-être » (Ministère de la Transition Ecologique et Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023).

Les ergothérapeutes français n'ont pas attendu cette feuille de route pour prendre conscience de la nécessité d'agir et travailler sur le sujet. Le Réseau pour le Développement Durable en Ergothérapie (R2DE) notamment, créé en 2017, regroupe des ergothérapeutes intéressés par le sujet et propose sur son site web de nombreuses initiatives et actions à mettre en place pour une pratique professionnelle plus éco-responsable (R2DE, 2017). C'est ainsi qu'a été créé par exemple un Annuaire des Structures de l'Economie Circulaire des Aides Techniques (ASECAT), dont l'objectif est de recenser et référencer les structures proposant un circuit d'aides techniques de seconde main, afin d'informer les professionnels de santé et les patients/usagers sur les structures proposant du matériel reconditionné, ainsi que sur les possibilités de dons de matériel qu'ils n'utilisent plus (Voisin, Forcier, & La Tour, 2023). Une illustration de ces structures est la plateforme d'ECONomie circulaire des aides techniques (plateforme ECOTech) créée par Sandra Vaz et son équipe, qui « *assure la collecte, la vérification, le bionettoyage et la redistribution des aides techniques (prêts) à usage des rééducateurs et des patients de l'hôpital Broca* » (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), 2023). Des membres du R2DE ont également travaillé sur une plaquette de pratiques écoresponsables en rééducation et en réadaptation, proposant dix moyens d'actions concrets afin de changer sa pratique professionnelle vers plus de durabilité environnementale (Porte, Voisin, & Cornec, 2023). Plusieurs écrits soulignent également l'importance de la nécessité d'une formation des futurs ergothérapeutes au cours de leur cursus universitaire sur les enjeux climatiques (Domenjoud, 2023) (Thiébaud, Drolet, & Farny, 2023). Sophie Domenjoud (2023) détaille cet aspect : « *Il paraît alors indispensable que les professionnels et futurs professionnels soient formés à l'ensemble de ces enjeux : la compréhension du dérèglement climatique, l'impact carbone des activités de santé et l'impact du dérèglement climatique sur la santé humaine* », via plusieurs compétences à acquérir couvrant ces thématiques (Domenjoud, 2023). Elle souligne qu'il existe d'autant plus « *chez la plupart des étudiants, une réelle prise de conscience de l'impact des activités humaines sur l'environnement et pas uniquement de l'environnement sur l'activité humaine* » (Ibid.).

Ainsi la prise en compte des enjeux climatiques dans la pratique professionnelle semble désormais entendue par les ergothérapeutes, et fait l'objet de plus en plus d'écrits depuis quelques années. C'est pour ces raisons que j'ai fait le choix de ne pas traiter cette partie de la recommandation de la WFOT dans ce mémoire. Je vais davantage m'intéresser à la seconde partie, c'est-à-dire la prise en compte du développement durable dans l'accompagnement des patients.

D. L'accompagnement du patient : le dilemme de l'ergothérapeute

Le Shift Project va dans le même sens que la WFOT, en déclarant dans son rapport de 2021 qu'« *en tant qu'acteurs de prévention et de promotion de la santé, les professionnels de santé ont un rôle d'exemplarité et d'ambassadeur à mener auprès des usagers. Ainsi, au-delà de la transformation de leurs propres activités, ils peuvent contribuer à la compréhension de la situation et de son urgence par la société* » (The Shift Project, 2021).

Même si de plus en plus d'auteurs prônent un élargissement du champ d'action de l'ergothérapeute au-delà du cadre sanitaire (Drolet, Thiébaud, Ung, Soubeyranet, & Tremblay, 2020) (Whittaker, 2012), à l'heure actuelle, en France, l'ergothérapeute intervient majoritairement dans le cadre d'un parcours de soins (parfois médico-social), et celui-ci agit dans ce cas sur prescription médicale (Association nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), 2019). La particularité pour l'ergothérapeute est que sa pratique est dite patient-centrée, c'est-à-dire qu'elle se base sur la demande du patient, traduite par un mandat, qui vise généralement à permettre au patient d'investir ou réinvestir des occupations dont sa participation ou sa performance occupationnelle a été altérée par la pathologie dont il est atteint. Comment alors parvenir à concilier la demande du patient centrée sur une problématique de soins avec la valorisation d'habitudes de vie ou de comportement écoresponsables si ceux-ci ne sont pas au cœur de la demande du patient ?

Dans son baromètre sur les « Représentations sociales du changement climatique » publié en novembre 2022, l'Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (ADEME, nouvellement appelée Agence de la transition écologique) révèle que plus de 8 français sur 10 ont conscience que le réchauffement climatique est dû aux activités humaines, et que « *les Français ont ainsi conscience de l'urgence climatique et de la nécessité de changer leurs modes de vie. (...) En effet, 62% d'entre eux considèrent qu'« il faudra modifier de façon importante nos modes de vie » (+5 points par rapport à 2021)* » (ADEME, 2022). Ainsi de nombreux patients ont des valeurs écoresponsables qui peuvent faciliter leur accompagnement par l'ergothérapeute dans un changement d'habitudes de vie, tout en restant dans le cadre de leur parcours de soin.

Mais qu'en est-il des patients qui n'ont pas ces préoccupations ou cette conscience écoresponsables ? Comment inciter le patient à adopter des valeurs qui ne sont peut-être pas les siennes, alors que « *soutenir les valeurs d'écoresponsabilité et de justice occupationnelle intergénérationnelle dans un contexte clinique [peut être vu comme] un devoir pour l'ergothérapeute* » ? (Drolet & Lafond, 2022) (Drolet & Turcotte, 2021). C'est ce que ces auteurs nomment le « dilemme

de l'ergothérapeute » : celui-ci se retrouve dans une position dans laquelle il doit rester patient-centré tout en valorisant l'écoresponsabilité et la justice occupationnelle intergénérationnelle, alors que ces deux notions semblent difficilement conciliables, surtout si le patient n'a aucune préoccupation écoresponsable dans la réalisation de ses occupations (Drolet & Lafond, 2022). En effet, le fait d'imposer ses propres valeurs écoresponsables à ses patients pourrait être vu comme du "prosélytisme" écologique.

Ces deux auteures toujours, proposent une solution qui peut paraître assez radicale, qui serait d'invoquer « l'intérêt supérieur », qui permettrait de se détacher d'une pratique patient-centrée pour imposer à celui-ci des changements occupationnels au nom de l'intérêt de la collectivité, expliquant que l'ergothérapeute est parfois amené à de telles solutions (comme par exemple supprimer le permis de conduire à patient qui aurait une conduite dangereuse au motif de la sécurité propre du patient et celle des autres conducteurs ; ou recommander le placement en EHPAD d'un patient âgé au motif que son maintien à domicile serait dangereux pour lui, passant outre son désir de maintien à domicile) (Ibid.). Elles soulignent que ces pratiques sont socialement acceptées et parfois même valorisées (Ibid.).

Hormis ce concept d'« intérêt supérieur », il existe certainement d'autres solutions pour concilier une pratique patient-centrée et un devoir d'accompagnement des patients vers plus d'écoresponsabilité dans leurs occupations, et c'est ce que je vais tenter d'explorer dans ce mémoire. Car en effet, comme le soulignent Sophie Domenjoud et Hélène Clavreul (2023): « *La question n'est pas tant de savoir si l'ergothérapeute doit adapter son accompagnement mais plutôt de déterminer la façon de l'adapter afin d'éviter une posture dogmatique tout en prenant en compte le contexte d'urgence climatique, environnemental et social, dans le cadre d'une justice occupationnelle intergénérationnelle* » (Domenjoud & Clavreul, 2023).

Cependant, cet accompagnement du patient vers des occupations écoresponsables ne peut se faire à tous les moments du parcours de soin : en effet, il semble impossible de travailler cette dimension lorsque le patient est en phase aigüe de sa maladie ou de sa prise en soin, car il s'agit à ce stade-là non pas de réinvestir ses occupations de quelque manière que ce soit, mais tout simplement de survivre. En revanche, dès la phase aigüe passée, à partir de l'instant où la personne envisage de réinvestir ses occupations, il serait possible d'envisager d'accompagner la personne dans une transition occupationnelle écoresponsable, quel que soit le dispositif de prise en soins du patient, structure hospitalière, médico-sociale, ou à domicile. Voilà pourquoi ce mémoire ne portera que sur la phase post-aigüe du parcours de soin du patient.

E. Problématique

Dès lors, au regard des éléments de contexte décrits précédemment, la problématique à laquelle je vais tenter de répondre serait : « **Comment l’ergothérapeute peut-il contribuer à l’engagement des patients dans une transition occupationnelle écoresponsable ?** ».

J’ai fait le choix de rester sur une problématique volontairement large, c’est-à-dire qui ne cible pas un profil patient en particulier, ni une pathologie, en me focalisant simplement sur la phase post-aigue du parcours de soin du patient quel qu’il soit, que celle-ci se passe en institution ou à domicile. Car comme nous l’avons plus vu plus haut, le dérèglement climatique impacte la santé de chacun, en constituant des facteurs de risques dans tous types de pathologies. De plus, le fait que la déclaration de la WFOT soit large influence la construction de ma problématique, car mon idée est davantage de réfléchir à une démarche professionnelle dans l’accompagnement du patient en général, que de m’intéresser à une prise en soin d’une pathologie spécifique, afin de répondre au plus près au positionnement de la WFOT. Enfin, cette pratique étant encore une pratique émergente sur le terrain, je me dois de rester sur un champ d’intervention très large, aussi bien en ce qui concerne la pathologie que la structure d’intervention, pour pouvoir trouver des ergothérapeutes à interroger.

C’est aussi pourquoi, afin de faciliter l’écriture et la lecture de ce mémoire, j’utiliserai le mot « patient » pour désigner toute personne-sujet de l’intervention de l’ergothérapeute, qu’il s’agisse véritablement d’un patient, ou bien d’un usager ou d’un bénéficiaire, selon le terme utilisé dans les différentes structures.

II. Partie conceptuelle

Puisque le réchauffement climatique a un impact négatif sur la santé des individus, et que celui-ci est causé par les occupations humaines, l'ergothérapeute, en tant qu'expert de l'habilitation aux occupations humaines, a donc un rôle à jouer. Car comme le souligne plusieurs auteurs, si les occupations humaines sont la source du changement climatique, elles en sont également la solution (Ikiugu, et al., 2015) (Thiébaud, Drolet, & Farny, 2023).

Avant de détailler l'intervention de l'ergothérapeute auprès des patients, il me paraît important d'aborder en premier lieu le concept d'écoresponsabilité, puis celui de santé, avant de développer celui des occupations.

A. Du réchauffement climatique à l'écoresponsabilité : de quoi parlons-nous ?

Le réchauffement climatique, aussi appelé changement ou dérèglement climatique, est défini par l'Organisation des Nations Unies (ONU) comme « *les variations à long terme de la température et des modèles météorologiques. Il peut s'agir de variations naturelles (...) Cependant, depuis les années 1800, les activités humaines constituent la cause principale des changements climatiques, essentiellement en raison de la combustion de combustibles fossiles comme le charbon, le pétrole et le gaz* » (ONU, s.d.), c'est-à-dire l'émission de gaz à effet de serre.

La lutte contre le réchauffement climatique est devenue le principal enjeu de ce siècle. Pas un jour ne se passe sans que nous entendions dans les médias les termes écologie, environnement, développement durable, écoresponsabilité, etc... Mais quelles définitions devons-nous prendre en compte et quel est le vocabulaire le plus adapté ?

Cette question a son importance pour éviter les confusions et que tout le monde parle le même langage. En effet, ces termes, notamment ceux d'écologie et d'environnement, peuvent revêtir une signification différente selon les personnes qui les emploient, et notamment les ergothérapeutes.

Ainsi, la notion d'environnement correspond pour le grand public à l'« *ensemble des éléments physiques, chimiques ou biologiques, naturels et artificiels, qui entourent un être humain, un animal ou un végétal, ou une espèce* » (Dictionnaire Larousse, 2023), c'est-à-dire tous les éléments liés à la Nature. En revanche, les ergothérapeutes ont une vision beaucoup plus anthropocentrée puisque

l'environnement désigne l'ensemble des déterminants constituant le contexte dans lequel évolue la personne : en premier lieu son lieu de vie, mais également l'entourage personnel, communautaire ou sociétal (Domenjoud & Clavreul, 2023). L'ouvrage de Marie-Chantal Morel-Bracq sur les modèles conceptuels évoque les « *influences physiques, sociales, culturelles, politiques, technologiques [qui créent ou suppriment] des obstacles à la réalisation des performances occupationnelles* » (Morel-Bracq, 2017).

De même, le terme écologie est défini par le Robert comme l'« *étude des milieux où vivent les êtres vivants, ainsi que des rapports de ces êtres avec le milieu* » (Dictionnaire Le Robert, 2023), là encore en lien avec la Nature. En revanche, pour les ergothérapeutes, « *l'écologie est une science qui prend en compte les écosystèmes sociaux, familiaux et biosphériques* » (Guihard, 2007). Là encore, la vision ergothérapique est beaucoup plus anthropocentrée.

Dans la thématique qui nous occupe aujourd'hui et qui fait l'objet de ce mémoire, ces deux termes, environnement et écologie, seront davantage employés selon la définition grand public, sauf précision. Mais afin d'éviter les confusions, j'emploierai davantage les termes de durabilité ou d'écoresponsabilité, et les adjectifs en lien avec ces substantifs.

La durabilité, ou développement durable, a été définie par la Commission Mondiale sur l'Environnement et le Développement comme « *la satisfaction des besoins des générations présentes sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire leurs propres besoins* » (World Commission on Environment and Development, 1987) (Thiébaud, 2023). En ergothérapie, cette définition renvoie à la notion de justice occupationnelle intergénérationnelle, sur laquelle je reviendrai plus tard.

Quant au terme « écoresponsabilité », Sarah Thiébaud (2023) rapporte qu'il est défini par l'ADEME en 2017 comme « *l'ensemble des actions visant à limiter les impacts de l'activité quotidienne des personnes et des collectivités sur l'environnement* » (Thiébaud, 2023).

Sarah Thiébaud (2023) poursuit en appliquant les adjectifs issus de ces substantifs à la notion de pratique en ergothérapie (Ibid.), et précise que l'écoresponsabilité est « *un terme qui a été retenu dans le répertoire des valeurs des ergothérapeutes français établi en 2019. Il y est défini comme la prise en compte des écosystèmes et l'utilisation réfléchie des ressources naturelles dans le cadre de la pratique professionnelle* » (Désormeaux-Moreau et al., 2019) (ibid.).

Par conséquent, puisque nous parlons ici de la pratique en ergothérapie, j'ai donc choisi pour cette raison d'employer dans ce mémoire les termes d'écoresponsabilité et de pratiques ou d'occupations

écoresponsables, qui me paraissent les plus adaptés à mon sujet, et permettent d'éviter toute ambiguïté lexicale.

Mais quels que soient les termes employés, tous visent à lutter contre ce réchauffement climatique, en raison de sa conséquence principale pour l'être humain : son impact négatif sur la santé. Selon l'OMS (2023), « *le changement climatique représente une menace fondamentale pour la santé humaine. Ces aléas météorologiques et climatiques affectent la santé à la fois directement et indirectement, augmentant le risque de décès, de maladies non transmissibles, d'émergence et de propagation de maladies infectieuses, et d'urgences sanitaires* » (OMS, 2023). Mais que désigne exactement le terme « santé » ?

B. La santé, un enjeu majeur

En 2021, l'OMS déclarait que « *23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques peuvent être attribués à des facteurs environnementaux et comportementaux* » (Ministère de la Transition écologique & ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). Ces statistiques illustrent donc la notion de santé, que je vais aborder ici avant de détailler les concepts de prévention et de promotion de la santé qui en découlent, et qui visent à maintenir un état de santé optimal.

1. Qu'est-ce que la santé ?

La définition de la santé universellement reconnue est celle donnée par l'OMS dans sa constitution en 1946 : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946).

La santé ne s'entend pas seulement au niveau d'un individu, mais également au niveau communautaire. L'OMS la définit comme « *processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, [...], réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités* » (OMS). Ces membres regroupent toutes les personnes vivant dans ces communautés, les associations, élus locaux et professionnels de santé.

L'état de santé des individus est influencé, de façon directe ou indirecte, par plusieurs facteurs qui interagissent ensemble, et qui sont souvent vecteurs d'inégalités entre les individus (OMS). Ces facteurs, appelés déterminants de santé, sont de plusieurs types :

- Les déterminants endogènes sont inhérents et propres au sujet, biologiques ou génétiques, parfois héréditaires.
- Les déterminants environnementaux : ils peuvent être physiques ou socioéconomiques. A titre d'exemple, figurent parmi les déterminants environnementaux physiques : la pollution, la qualité de l'air, de l'eau et du sol, l'accès à l'eau et à la nourriture.
- Les déterminants sociaux sont les modes de vie et habitudes au sein d'une communauté partageant une même histoire et culture.
- Les déterminants comportementaux sont liés à des facteurs culturels et sociaux, d'éducation à la santé et d'information.
- Enfin les déterminants liés à l'organisation des soins correspondent à la quantité, qualité et accessibilité de l'offre de prévention et soins

Ainsi, à l'énoncé de ces déterminants, apparaît de façon flagrante le lien entre le réchauffement climatique, qui est à l'origine de la pollution de l'air, de l'eau et du sol, et la menace qu'il fait peser sur l'état de santé des individus. Individus, qui par leurs comportements et occupations (déterminants sociaux et comportementaux), contribuent à la dégradation de leur état de santé. Et ce lien est d'autant plus marqué pour les maladies dites chroniques (CESE,2019).

2. Les maladies chroniques

Il existe plusieurs écoles pour définir les maladies chroniques, en se plaçant soit d'un point de vue biomédical ou étiologique, ou encore selon les conséquences de la maladie.

Le Ministère de la Santé et de la Prévention définit les maladies chroniques comme des « *maladies de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne* » (Ministère de la Santé et de la Prévention). L'OMS ajoute qu'elles sont « *le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux* » (OMS). Le Haut Conseil de la Santé Publique va encore plus loin en proposant d'utiliser la définition suivante : « *état chronique caractérisé par :*

- *La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;*
- *Une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;*
- *un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ;une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie*

médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle; la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social » (Haut Conseil de la Santé Publique, 2009).

En France, les maladies chroniques les plus communes sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, le cancer et les maladies psychiatriques, selon le rapport de septembre 2022 de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur « *l'État de santé de la population en France* » (DREES, 2022). Si les maladies chroniques sont souvent corrélées au vieillissement de la population, le Conseil Économique Social et Environnemental (CESE) déclarait en 2019 que « *plus de 4 nouveaux cas de cancers sur 10 seraient attribuables à des facteurs de risque liés au mode de vie ou à l'environnement* », et qu'en 2015 « *142 000 cas de cancers auraient potentiellement pu être évités si l'exposition à ces facteurs environnementaux ou de mode de vie avait été réduite à un niveau optimal* » (CESE, 2019). En effet, il a été prouvé que les personnes atteintes de pathologies cardio-vasculaires sont plus vulnérables à la hausse des températures, et que la pollution de l'air entraîne des complications chez les personnes atteintes de maladies respiratoires (Kasotia, 2023). De même, la pollution de l'eau a des conséquences sur l'alimentation, ce qui entraîne l'apparition de cancers et autres maladies chroniques, tout comme la pollution des sols ; sans oublier la pollution physico-chimique dont les particules fines contribuent elles aussi au développement de maladies chroniques (CESE, 2019). Le CESE fait le constat que « *La quasi-totalité des organismes vivants (espèces végétales comme animales) est contaminée par ces polluants, néfastes pour la santé des personnes et celle de leur descendance* » (*ibid*).

Dès 1999, l'OMS déclarait lors de la Conférence Santé et Environnement, que "*l'environnement est la clé d'une meilleure santé*", ouvrant ainsi la voie à la notion de santé environnementale, qui « *comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. (...) Aussi, agir sur les facteurs environnementaux permet de prévenir, préserver et améliorer l'état de santé de la population (...)* » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023) (OMS,1999). En matière de santé, cette prise de conscience de la nécessité et du pouvoir d'agir passe par l'éducation des individus en la matière, par des actions de promotion de la santé par les pouvoirs publics et des programmes de prévention.

3. Prévention et promotion de la santé

La Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 est le texte référent concernant la promotion de la santé. Il déclare que « *la promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants et, par conséquent, de l'améliorer. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. (...). Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être* » (Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé, 1986). Par cette définition, les pays signataires et l'OMS mettent l'individu au cœur de ce processus, le responsabilisant dans la gestion de sa propre santé. En effet, cette charte s'appuie sur trois stratégies fondamentales (sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé ; donner à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé), et définit cinq axes stratégiques prioritaires, qui sont :

- Élaborer des politiques publiques favorables à la santé
- Créer des environnements favorables à la santé
- Réorienter les services de santé,
- Renforcer l'action communautaire pour la santé
- Acquérir des aptitudes individuelles (sanitaires, citoyennes et politiques pour mettre en place les conditions favorables à la santé)

Ainsi, ces stratégies et ces axes de travail, notamment l'acquisition d'aptitudes individuelles, ont contribué à impliquer les individus dans la gestion de leur santé, et à les habiliter à agir (les anglo-saxons parleraient certainement ici d'« empowerment »), en mettant en lumière le lien entre conditions et habitudes de vie et santé.

Un autre levier d'action sur la santé des individus est la prévention. Elle correspond à l'ensemble des actions, attitudes ou comportements, qui tendent à éviter la survenue des maladies ou traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. L'OMS propose une classification à trois niveaux, distinguant :

- La prévention primaire, qui vise à empêcher l'apparition d'une maladie. Elle tend à protéger la population des nuisances extérieures, à favoriser des comportements individuels favorables à la santé et à éviter l'accumulation de comportements à risque

- La prévention secondaire, qui vise à repérer précocement la survenue d'une maladie afin d'appliquer un traitement potentiellement plus efficace
- La prévention tertiaire, qui vise à diminuer les conséquences de la maladie ou à retarder l'apparition de complications

Le concept de prévention peut également être divisé selon un autre critère qui est la cible visée : ainsi la prévention peut être universelle (c'est-à-dire qui s'adresse à tous), orientée (qui s'adresse un public à risque), ou ciblée (qui s'adresse aux personnes déjà atteintes d'une pathologie) (OMS, s.d). Ces deux classifications ne s'excluent pas l'une et l'autre et peuvent être cumulées.

La promotion de la santé est en général une prérogative des pouvoirs publics. Ils peuvent s'appuyer sur l'expertise de l'OMS, qui a proposé en 2015 un programme de 17 « Objectifs de Développement Durable (ODD) » à atteindre à l'horizon 2030. Ces objectifs visent à mettre fin à toutes les formes de pauvreté, combattre les inégalités et s'attaquer aux changements climatiques, « *en veillant à ne laisser personne de côté* » (OMS, 2015). On y retrouve par exemple : « *eau propre et assainissement* », « *consommation et production responsables* », « *villes et communautés durables* », etc... (Ibid.).

En France, Santé Publique France s'aligne sur ces objectifs et travaille à la promotion d'une « *meilleure prise en compte des liens entre climat, biodiversité et santé dans les politiques publiques, et encourage les actions concrètes aux échelles locales, nationales et européennes (...) [sur] les déterminants de santé qui peuvent être influencés directement de manière positive par des politiques de réductions des émissions de gaz à effets de serre, notamment en lien avec la pollution de l'air, la nutrition et activité physique* » (Santé Publique France, 2022).

Ainsi, les caractéristiques de la santé exposées ci-dessus permettent de mieux comprendre l'impact de l'environnement sur la santé. Les individus sont donc exhortés à prendre soin de leur santé, et par conséquent à adapter leurs occupations, comportements et habitudes de vie afin de les rendre plus écoresponsables. Mais que faut-il entendre exactement par « occupations » ?

C. Les occupations humaines

Avant d'évoquer la notion de transition occupationnelle, je vais en premier lieu définir ce qu'est une occupation, ainsi que la notion de justice occupationnelle.

1. Définition de l'occupation et son côté obscur

La WFOT désigne par occupations « *les activités quotidiennes que les gens font en tant qu'individus, au sein des familles et avec les communautés (...) et qui leur apportent un sens et un but à la vie. Les occupations comprennent ce que les gens doivent, veulent et sont censés faire* » (traduction libre) (WFOT, s.d). Il existe plusieurs types d'occupations qui couvrent différents domaines de la vie quotidienne. Une des classifications les plus communément utilisées est celle qui répartit les occupations en trois catégories : les occupations dites productives (c'est-à-dire travailler, aller à l'école, faire le ménage, etc..), les occupations de loisirs (par exemple faire du sport, lire, écouter de la musique, dessiner...), et les occupations de soins personnels (comme se laver, s'habiller, prendre soin de soi...) (Law, Steinwender, & Leclair, 1998).

L'occupation a donc en général une connotation positive, puisque c'est une activité qui a un sens pour la personne (on parle habituellement d'occupations signifiantes - c'est à dire porteuse de sens, et significatives - c'est-à-dire importantes, pour le patient (Kielhofner, 2009). Le fondement et le cœur de la pratique ergothérapique sont d'ailleurs le lien entre l'occupation et la santé et le bien-être, l'occupation étant considérée comme quelque chose de positif, de productif ou de valorisant pour la personne ou les communautés (Twinley & Addidle, 2012).

Cependant, certains auteurs soulignent que ce n'est pas le cas de toutes les occupations : Elisabeth Townsend et Hélène Polatajko (2013), reprenant Rebecca Twinley, déclarent que « *toutes les occupations ne mènent pas à la santé, au bien-être et à la justice ou n'ont pas de valeur thérapeutique, même si elles ont un sens, organisent le temps et donnent vie à une structure et qu'elles peuvent être risquées, malsaines, illégales, et illicite* » (Kiepek, 2021) (Townsend & Polatajko, 2013). En effet, l'occupation présente un aspect multi-facettes, parmi lesquelles se trouve un « côté sombre », appelé dans la littérature scientifique « *dark occupations* », et qui sont les « *choses que certaines personnes font qui ne favorisent pas toujours une bonne santé, qui ne sont pas toujours productives, mais qui peuvent fournir un sentiment de bien-être. Il comprend, entre autres, des tâches, des activités, des routines ou des actes considérés comme antisociaux, voire criminels et illégaux* » (Traduction libre). (Twinley & Addidle, 2012).

Ce terme de « dark occupations » est traditionnellement utilisé pour désigner les actes de violence physique, et de toxicomanie ou addiction comme l'alcoolisme, perçus comme des comportements qui nuisent à la santé, que ce soit celle de l'auteur de ces actes, ou celle des autres.

Cependant, Niki Kiepek (2018) rappelle que le jugement de valeur porté sur les occupations est principalement influencé par les normes sociales, et propose de nuancer le concept de « dark

occupations » en utilisant le terme de « *non-sanctioned occupations* », littéralement occupations non-sanctionnées, c'est-à-dire des occupations non approuvées ou autorisées (Kiepek, Beagan, & Harris, 2018), afin de sortir de la dualité bonne occupation/mauvaise occupation sous-entendue par le terme « dark occupation ».

Quel que soit le terme employé, ces raisonnements m'amènent à m'interroger sur l'élargissement possible de cette définition aux occupations qui engendrent des conséquences indirectes sur la santé, via un impact négatif sur l'environnement. Des habitudes de vie, ayant pourtant un sens pour la personne (par exemple faire tous ses trajets en voiture, acheter des vêtements neufs tous les mois, ou prendre des douches de 20 minutes 2 fois par jour), pourraient-elles être considérées comme des « dark occupations » ou « non-sanctioned occupations » ? Ces occupations sont des occupations signifiantes et significatives pour bon nombre de personnes, et pourtant elles contribuent à la diminution des ressources de la planète, en aggravant la pollution de l'air, de l'eau et du sol, constituant ainsi une menace pour la santé. Voilà pourquoi les occupations doivent être analysées dans leur contexte, « *c'est-à-dire explorées en tenant compte du contexte dans lequel elles sont vécues et exercées, y compris le contexte physique, environnemental, socioculturel, politique et historique* » (traduction libre) (Twinley, 2013).

Cette notion de normes sociales qui influencent la vision que l'on peut avoir des occupations nous renvoie à ce que de certains auteurs dénoncent aujourd'hui : la vision occidentale, ou plutôt celle des pays industrialisés, qui est une vision anthropocentriste de l'occupation au regard de l'environnement (Drolet, Thiébaud, Ung, Soubeyranet, & Tremblay, 2020). En effet, depuis l'ère industrielle, les êtres humains n'ont eu de cesse d'adapter l'environnement naturel afin de rendre possible la réalisation de leur occupation, et non l'inverse, c'est-à-dire adapter leurs occupations en fonction de leur environnement, comme le soulignent Marie-Josée Drolet et ses collaborateurs, citant Rushford et Thomas (Ibid.) (Rushford & Thomas, 2016). Avec les conséquences que nous connaissons aujourd'hui sur la santé humaine.

De plus, cette vision consumériste pourrait mettre à mal la valeur de justice occupationnelle, valeur centrale en ergothérapie.

2. Justice occupationnelle

La justice occupationnelle est le fait pour « *toute personne ou communauté de pouvoir exercer ou s'engager dans des occupations qui ont de l'importance et un sens pour elle, au nom du droit occupationnel de chacun, et qui contribuent à leur santé, bien-être et épanouissement* » (Drolet &

Désormeaux Moreau, 2022) (Drolet, Thiébaud, Ung, Soubeyranet, & Tremblay, 2020). Permettre cela à chacun est le but de l'ergothérapie (Ibid).

A l'heure actuelle, cette justice occupationnelle est fortement compromise. Non seulement la justice occupationnelle entre les différents peuples (car ceux qui contribuent le plus au réchauffement climatique ne sont pas ceux qui sont le plus impactés (Rushford & Thomas, 2016), mais également la justice occupationnelle entre les générations. En effet, certains auteurs alertent sur le fait qu'il est probable que les générations futures ne soient pas en mesure d'accomplir les occupations qu'ils souhaitent, en raison de la non-viabilité des environnements naturels provoquée par les générations précédentes (Drolet & Désormeaux Moreau, 2022).

Afin de préserver cette valeur essentielle, l'ergothérapeute, en tant que spécialiste de l'habilitation aux occupations humaines, a un rôle à jouer dans la transition occupationnelle des individus vers des occupations écoresponsables, plus respectueuses de l'environnement (Drolet, Thiébaud, Ung, Soubeyranet, & Tremblay, 2020).

3. Occupations écoresponsables et transition occupationnelle

On estime qu'une occupation est écoresponsable lorsqu'elle respecte les capacités de régénérescence de la planète, ou qu'elle y contribue (Drolet & Lafond, 2022).

La transition écologique nécessaire à la survie de la planète et par extension à celle du genre humain suppose donc nécessairement une transition occupationnelle écoresponsable, c'est-à-dire une transition vers des occupations « *respectueuses des capacités de régénérescence de la terre et des droits occupationnels des êtres humains* » (Drolet & Désormeaux Moreau, 2022).

Cette transition peut passer par des changements dans le choix de l'occupation, ou parfois simplement par des changements d'habitudes quant à la réalisation de l'occupation. Les personnes peuvent par exemple faire le choix de renoncer ou limiter certaines activités, comme diminuer sa consommation de viande, afin de limiter son empreinte écologique. En revanche, il peut aussi être possible de conserver les mêmes occupations, tout en étant plus écoresponsables, comme prendre les transports en commun pour se rendre au travail plutôt que d'utiliser sa voiture. L'occupation reste la même (aller au travail), mais sa réalisation est différente car la personne change de moyens de transport pour utiliser un transport moins polluant. De même, se laver avec un savon solide plutôt qu'un gel douche pour limiter la consommation de bouteilles en plastique, etc...

Grâce à son expertise professionnelle et sa capacité à analyser les occupations humaines dans un contexte environnemental, l'ergothérapeute peut accompagner les patients à prendre conscience du lien entre leurs occupations et la crise climatique dans le cadre de l'amélioration de leur santé, en les habilitant à s'engager dans des occupations plus écoresponsables (Drolet, Thiébaud, Ung, Soubeyranet, & Tremblay, 2020) (Drolet & Turcotte, 2021).

Ainsi, ce concept d'occupation a permis de mettre en lumière qu'une occupation peut être néfaste pour la santé, et qu'il pourrait donc être possible d'étendre la notion de « *dark occupations* » aux occupations qui ne seraient pas écoresponsables, et qu'une transition occupationnelle écoresponsable permettrait l'amélioration par les individus de leur santé.

L'ergothérapeute a donc un rôle primordial à jouer dans le soutien de l'écoresponsabilité dans la réalisation des occupations.

D. Intervention de l'ergothérapeute : une pratique patient centrée

Après avoir décrit ce qu'est l'ergothérapie et l'intérêt des modèles conceptuels, ce qui m'amènera à détailler le modèle qui m'a guidée dans ma réflexion sur cette problématique, j'exposerai les compétences dont dispose l'ergothérapeute pour accompagner le patient, et enfin les moyens d'intervention dont il peut se saisir.

1. Définition de l'ergothérapie

Pour décrire l'ergothérapie, l'ANFE préfère donner une définition du métier d'ergothérapeute et de ses missions, en le décrivant comme un « *professionnel de santé (...), intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'occupation et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* » (ANFE, s.d.). On retrouve ici une référence implicite aux « *dark occupations* » (« *activités délétères pour la santé* »), ainsi qu'à la justice occupationnelle (« *assurer l'accès aux occupations* ») évoquées plus haut.

Il existe de nombreuses façons de définir l'ergothérapie, l'ergothérapeute intervenant dans de nombreux domaines et auprès d'un public varié. Ainsi, le quotidien d'un ergothérapeute sera totalement différent selon si l'on travaille en foyer d'accueil médicalisé pour adultes en situation de polyhandicap ou dans un cabinet libéral auprès d'une patientèle pédiatrique présentant des troubles de l'apprentissage, ou bien dans un établissement psychiatrique auprès de patients atteints de troubles psychotiques sévères. Cependant, le point commun entre toutes ces facettes du métier est l'expertise de l'ergothérapeute dans l'habilitation des patients à s'engager dans des occupations significatives et significantes pour eux. D'autant plus que l'occupation est devenue (depuis 2010 date de l'arrêté relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute faisant office de référentiel de la profession) un objectif d'intervention, et non plus un moyen d'intervention visant l'amélioration des fonctions physiques ou psychiques afin de restaurer l'autonomie et/ou l'indépendance de la personne (Trouvé, 2019). L'ergothérapie est donc une pratique patient-centrée, car fondée sur la demande du patient relative à ses occupations. Les objectifs sont définis par le patient, ou avec le patient.

L'ergothérapeute appuie sa pratique sur l'utilisation de modèles conceptuels.

2. Les modèles conceptuels en ergothérapie

Marie-Chantal Morel-Bracq (2017) définit le modèle conceptuel comme « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* » (Morel-Bracq, 2017). Pour simplifier, un modèle conceptuel est un cadre de référence qui servira de repère à l'ergothérapeute pour appuyer sa pratique.

Il existe à l'heure actuelle de nombreux modèles conceptuels sur lesquels l'ergothérapeute peut s'appuyer. Certains sont pluridisciplinaires et permettent de parler le même langage avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le parcours de soin du patient. D'autres sont des modèles purement ergothérapiques, et permettent d'asseoir et justifier la spécificité à part entière de l'ergothérapie. Il existe également différents niveaux de modèles : les modèles conceptuels généraux sont les cadres de référence, qui permettent de structurer le raisonnement de l'ergothérapeute. Viennent ensuite les modèles appliqués, qui permettent d'inscrire l'accompagnement du patient dans ce cadre de référence, et enfin les modèles de pratique, qui correspondent aux évaluations et outils ou techniques dont l'ergothérapeute peut se saisir pour définir la performance occupationnelle du patient (Morel-Bracq, 2017).

Tous les modèles ergothérapiques prennent en compte l'environnement du patient, et s'appuient d'une manière ou d'une autre sur la triade patient-occupation-environnement. La plupart d'entre eux

ont une vision dynamique de ces trois éléments, car ils analysent les interactions entre ces trois éléments, et non de manière indépendante. Cependant, peu de modèles semblent s'appuyer de façon poussée sur les valeurs du patient, et encore moins mettre en lien valeurs et environnement. Dès lors, quels seraient les modèles qui permettraient de mettre en lien ces deux notions ?

Peu d'auteurs semblent s'être penchés sur cette question. Quelques-uns d'entre eux ont néanmoins proposé des modèles ergothérapiques basés sur l'occupation : dans un article très intéressant de 2020, M-J Drolet et ses collaborateurs (2020) en ont analysés trois (Drolet, Thiébaud, Ung, Soubeyranet, & Tremblay, 2020) : le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), développé par Gary Kielhofner et proposé par Petra Wagman dans le cadre de la nécessité d'occupations humaines écoresponsables (Wagman, 2014); le Modified Instrumentalism in Occupational Therapy (MIOT), proposé par Moses Ikiugu et ses collaborateurs (Ikiugu, et al., 2015); et le Model of Occupational Stewardship and Collaborative Engagement (modèle de la guidance occupationnelle et de l'engagement collaboratif), proposé par Rushford et Thomas (Rushford & Thomas, 2016).

L'intérêt de ces trois modèles est qu'ils s'intéressent plus particulièrement aux valeurs intrinsèques des individus, sur lesquelles ils permettent de travailler, pouvant amener à une prise de conscience des enjeux climatiques engendrés par leurs occupations, et donc vers une transition occupationnelle écoresponsable par des changements d'habitudes de vie. Ils permettent donc l'engagement du patient dans des occupations écoresponsables. Marie-Josée Drolet et ses collaborateurs soulignent que « *ces modèles répondent ainsi à l'urgence d'agir en matière de justice climatique ou de justice occupationnelle intergénérationnelle, selon un ancrage conceptuel en ergothérapie. Il ressort que ces modèles ergothérapiques participent au développement de compétences éthiques pouvant soutenir une transition écologique* ». (Drolet, Thiébaud, Ung, Soubeyranet, & Tremblay, 2020)

Cependant, si le MOH est bien un modèle conceptuel général ergothérapique (Morel-Bracq, 2017), les deux autres semblent davantage être des modèles d'interventions, que je détaillerai donc plus tard lorsque j'explorerai les moyens dont dispose l'ergothérapeute pour accompagner le patient dans une transition occupationnelle écoresponsable. Ikiugu le reconnaît lui-même en disant que le MIOT pourrait être un « *bon guide d'intervention pour aider les individus et les groupes à réfléchir à leur contribution personnelle aux enjeux mondiaux* » (traduction libre) (Ikiugu, et al., 2015).

La porte d'entrée de ma problématique étant l'engagement du patient, et ses valeurs permettant une transition occupationnelle écoresponsable, c'est tout naturellement le modèle MOH qui m'a permis de guider ma réflexion pour résoudre ma problématique.

3. La volition, valeur phare du MOH

Développé par Gary Kielhofner en 2008, le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) repose sur l'idée que *«la participation à des occupations est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement »* (Kielhofner, 2008) (Morel-Bracq, 2017). C'est cette notion de motivation face à l'action qui m'intéresse ici et qui revêt toute son importance, en comparaison avec d'autres modèles conceptuels. Cette motivation à agir sur l'environnement correspond à ce que Kielhofner nomme la volition. Pour comprendre plus en détail ce qu'est la volition, il est préférable d'expliquer d'abord comment se compose ce modèle.

Jusqu'ici le MOH était constitué de trois parties : l'Être, l'Agir, et le Devenir, qui se déroulent dans un contexte : l'Environnement de la personne (Ibid.).

- **L'Être**, autrement dit la personne, est constitué de 3 composantes :
 - La **volition** (motivation à agir) elle-même divisée en **valeurs** (c'est-à-dire ce que la personne considère comme important et ayant du sens pour elle), ses **centres d'intérêts**, et sa **causalité personnelle** (c'est-à-dire son sentiment d'efficacité et de capacité personnelles dans ses occupations),
 - **L'habituat**ion, qui comprend les **rôles** et les **habitudes** de la personne,
 - La **capacité de performance**, c'est-à-dire l'aptitude à agir.
- **L'Agir**, avec trois niveaux :
 - La **participation occupationnelle**, c'est-à-dire l'engagement de la personne dans ses occupations,
 - La **performance occupationnelle**, ou rendement occupationnel, c'est-à-dire le niveau de réalisation des tâches comprises dans l'activité,
 - Les **habiletés**, qui permettent la réalisation des tâches.
- Le **Devenir**, qui correspond aux conséquences de l'Agir, grâce auquel la personne a acquis trois caractéristiques : une **identité occupationnelle** et une **compétence occupationnelle**, qui vont permettre une **adaptation** future à de nouvelles occupations (Ibid)

L'environnement enfin constitue le contexte dans lequel les trois parties interagissent.

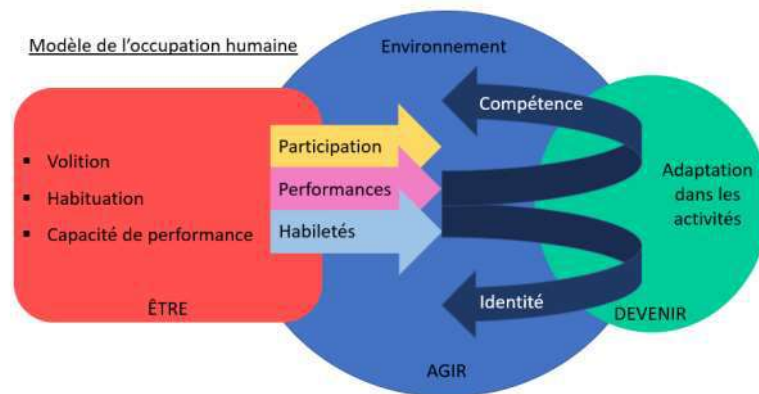


Figure 1 – Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008)

Ces trois sphères correspondent à la triade Personne-Occupation-Environnement à la base de toute pratique ergothérapique. L'Être correspond bien sûr à la personne, l'Agir aux occupations, le Devenir à l'interaction avec l'environnement.

Aujourd'hui, ce schéma a été modifié, en supprimant les mots Être, Agir et Devenir, afin que ces trois notions ne soient pas vues comme agissant de façon linéaire mais en interaction les unes avec les autres (Taylor, Bowyer, & Fisher, 2024) (Mignet & Doussin, 2024). Ainsi désormais, nous percevons mieux en quoi l'adaptation des occupations peut avoir un impact sur la personne et non plus seulement sur les occupations et l'environnement.

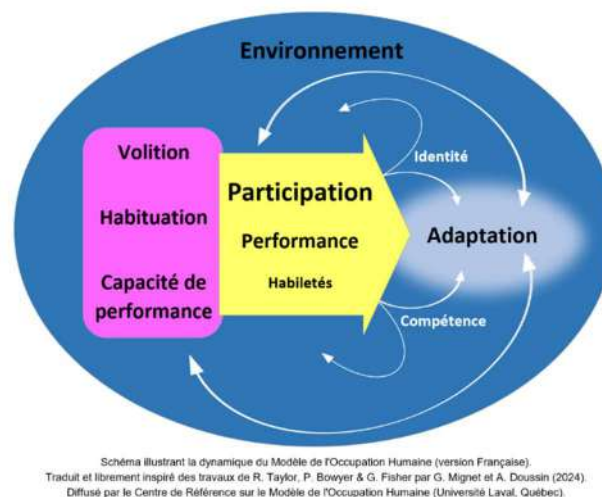


Figure 2 – Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine version 2024 (Mignet & Doussin, 2024)

Si le MOH permet d'agir directement sur les occupations de la personne via son engagement, appelée par Kielhofner « participation occupationnelle », il permet surtout d'agir en amont au niveau de la personne elle-même, en travaillant sur sa volition, et plus particulièrement ses valeurs. Or c'est cet élément qui est déterminant pour pouvoir opérer une transition occupationnelle. Sans une évolution de valeurs et de motivation à agir, la personne ne se rendra pas compte du caractère néfaste pour sa santé de ses occupations. Ses occupations non-écoresponsables (ou « dark-occupations ») illustrent sa volition et son habitude actuelles, impactant sa performance et ses habiletés au regard de l'écoresponsabilité. Procéder à une transition occupationnelle éco-responsable permet d'acquérir de nouvelles habiletés et d'avoir une performance occupationnelle plus en adéquation avec l'objectif d'écoresponsabilité. Elle va permettre ainsi le développement d'une compétence occupationnelle écoresponsable, ainsi qu'un meilleur état de santé, illustré par l'identité occupationnelle de la personne par l'adaptation de ses occupations, ayant ainsi un impact bénéfique sur l'environnement.

Le MOH est donc un modèle « *humaniste (...) qui place les actions, les pensées et les sentiments de la personne comme dynamique centrale de la thérapie* » (Ibid). Voilà pourquoi, tout comme le suggère Petra Wagman (2014), ce modèle me paraît le plus pertinent dans le cadre de la problématique soulevée dans ce mémoire, car il prend en compte les valeurs et la motivation à agir de la personne, éléments clés pour qu'elle puisse parvenir à s'engager dans une transition occupationnelle écoresponsable. Selon elle, ce modèle permet d'accompagner la personne dans une réflexion éthique de ses occupations, et à faire ensuite des choix plus écoresponsables en conséquence (Wagman, 2014), marquant ainsi son engagement.

4. L'engagement du patient

L'encyclopédie Universalis définit le terme d'engagement comme suit : « *La conduite d'engagement est un type d'attitude qui consiste à assumer activement une situation, un état de choses, une entreprise, une action en cours. Elle s'oppose aux attitudes de retrait, d'indifférence, de non-participation. Elle doit, bien entendu, se traduire par des actes, mais, en tant que conduite, elle ne s'identifie à aucun acte particulier, elle est plutôt un style d'existence, une façon de se rapporter aux événements, aux autres, à soi-même. On peut distinguer, dans l'engagement-conduite, trois composantes particulièrement importantes : l'implication, la responsabilité, le rapport à l'avenir. Celui qui, en face d'une situation donnée, adopte une attitude d'engagement prend pour ainsi dire cette situation sur lui, se sent et se déclare concerné par elle* » (Encyclopédie Universalis). En ergothérapie, nous retrouvons également ce concept d'implication dans la définition donnée par Karen Morris et Diane Cox pour qui l'engagement

occupationnel consiste dans l'implication du patient dans une occupation ayant pour lui une valeur individuelle (Morris & Cox, 2017). L'introduction de la notion de valeur pourrait renvoyer à la notion de volition développée dans le MOH, la personne trouve un sens à l'occupation en question, qui lui permet de participer et de s'impliquer. Ces notions de participation et de sens se retrouvent dans le « Cadre conceptuel du groupe Terminologie de Enothe » (CCTE) de Sylvie Meyer, qui définit l'engagement 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). Ainsi défini, l'engagement correspond à la participation occupationnelle dans le MOH. Ces définitions se complètent donc pour dessiner l'idée que le sens et la valeur que trouvera la personne dans l'occupation garantira son implication dans la participation dans celle-ci.

Ces valeurs et ce sens attachés à l'occupation peuvent être fondés sur les informations reçues. La transmission d'informations et l'éducation des individus sur les effets délétères de certaines habitudes de vie et occupations occupent une place primordiale dans la prévention et la promotion de la santé, car elles permettent de montrer que « *grâce à une meilleure compréhension des répercussions de leur comportement sur la santé et aux outils nécessaires pour modifier ce comportement, les gens peuvent (et devraient) adopter des modes de vie plus sains* » (traduction libre) (Brown, 2018). Ainsi, avoir un modèle conceptuel comme cadre de référence à sa pratique ne suffit pas, l'ergothérapeute se doit également de fournir des informations scientifiques au patient pour assurer une meilleure compréhension de sa part des impacts de sa participation et de sa performance occupationnelle. Or il s'avère que l'ergothérapeute, en plus d'être expert dans l'habilitation aux occupations, possède également des compétences en matière d'éducation du patient et d'exploitation d'informations et connaissances scientifiques.

5. Les compétences éducationnelles de l'ergothérapeute

L'obtention du diplôme d'ergothérapeute est soumise par l'arrêté du 5 Juillet 2010 à la validation de plusieurs compétences, parmi lesquelles *la recherche, le traitement et l'analyse des données professionnelles et scientifiques*, ainsi que *l'élaboration et la conduite d'une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique* (Ministère de la Santé, 2010).

Cette caution scientifique acquise au cours du cursus de formation permet d'asseoir les compétences de l'ergothérapeute et peuvent également servir de garde-fous à tout risque éventuel, volontaire ou non, de l'ergothérapeute de transposer ses propres convictions sur son patient.

L'exposition de données scientifiques a le mérite d'exposer des faits et non des suppositions ou opinions. Cela permet ainsi à l'ergothérapeute d'éviter de porter un jugement de valeur ou d'avoir une attitude moralisatrice du patient. « *Il serait contraire à l'éthique et à l'approche centrée sur le client que l'ergothérapeute impose à une personne ses valeurs écologiques* ». (Drolet & Turcotte, 2021). De plus, cela s'avérerait peu efficace, voire contre-productif, au soutien des changements de comportements du patient (Brown, 2018)(Drolet & Turcotte, 2021).

Par l'apport d'informations et de connaissances scientifiques, et donc par l'éducation du patient, l'ergothérapeute peut par conséquent favoriser une prise de conscience de l'impact de ses occupations sur les changements climatiques, et l'amener ainsi à s'engager dans une transition occupationnelle écoresponsable (Drolet & Turcotte, 2021). « *L'utilisation de l'éducation et de l'information comme moyen de changer les comportements et de promouvoir la santé indique qu'un déficit d'information est un facteur important qui contribue à l'adoption par les gens de modes de vie malsains, et que la correction de ce déficit contribuera à changer ces modes de vie* » (traduction libre) (Brown, 2018)

Il dispose pour cela de plusieurs moyens pour accompagner le patient dans une démarche réflexive.

6. Moyens dont dispose l'ergothérapeute

J'ai sélectionné ici les moyens qui me paraissaient les plus pertinents dans le cadre de ma problématique. Je vais donc reprendre ici le MIOT cité plus haut, puis je parlerai de l'entretien motivationnel, avant de m'intéresser à l'Education Thérapeutique du Patient, l'approche Co-Op et le modèle de guidance occupationnelle et de l'engagement collaboratif, lui aussi évoqué plus haut.

a. Le MIOT

Le Modified Instrumentalism in Occupational Therapy (MIOT) a été spécifiquement développé par Moses Ikiugu et ses collaborateurs pour favoriser les changements de comportements occupationnels dans le contexte des enjeux climatiques par la transmission de connaissances scientifiques, répondant ainsi aux aspirations et recommandations de la WFOT de 2012. (Ikiugu, et al., 2015). Ils utilisent la métaphore du papillon sortant de sa chrysalide pour illustrer le passage du patient d'un locus externe à un locus interne sur l'acceptation de sa responsabilité personnelle dans les changements climatiques. Ils détaillent ainsi cette transition : « *Au fur et à mesure que les participants progressaient dans l'étude, leur perception des enjeux mondiaux et leur rôle dans leur impact ont changé. Au départ, les participants ne se sentaient pas en mesure de changer les circonstances. Certains étaient sceptiques quant au rôle*

des activités humaines dans la cause des problèmes. Ils avaient tendance à blâmer d'autres personnes ou des circonstances extérieures pour les problèmes mondiaux et ne semblaient pas assumer leur responsabilité personnelle. A mesure qu'ils avançaient dans la phase d'intervention, les participants sont devenus de plus en plus réfléchis et ont commencé à prendre conscience qu'ils avaient une certaine responsabilité dans la création des changements souhaités dans le monde en modifiant leurs occupations. Ils se sentaient de plus en plus habilités à influencer le monde par le biais d'occupations. À la fin de l'étude, les participants ont exprimé le désir d'assumer le rôle d'agents de changement » (traduction libre) (Ibid.). Ainsi, cette étude permet de conclure que les interventions centrées sur les occupations donnant lieu à une prise de conscience sur les liens entre occupations et enjeux climatiques, permettent aux patients de devenir des agents du changement et d'opérer une transition vers des occupations plus écoresponsables (Ibid.) (Drolet, Thiébaud, Ung, Soubeyranet, & Tremblay, 2020).

Ce modèle très intéressant semble cependant s'apparenter plus ou moins à la démarche utilisée par l'entretien motivationnel, utilisé par de nombreux thérapeutes.

b. L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une approche « evidence-based » (c'est-à-dire dont l'efficacité a été scientifiquement prouvée et reconnue) applicable à de nombreux domaines et problématiques, et par tous les professionnels de santé (Laurin & Lavoie, 2011).

Développé par William Miller et Stephen Rollnick, l'entretien motivationnel est « *un style de communication basé sur la collaboration, orienté vers un objectif, qui porte une attention particulière au langage du changement. Il vise à renforcer la motivation et l'engagement vers un changement spécifique, en invitant la personne à évoquer et à explorer ses propres arguments en faveur du changement, dans une atmosphère d'acceptation* » (traduction libre) (Miller & Rollnick, 2013). Il s'agit donc d'une technique centrée sur la personne, qui permet d'augmenter sa motivation intrinsèque au changement pour être en cohérence avec ses valeurs, par un travail sur ses croyances et conviction et l'exploration et la diminution de ses ambivalences, pour qu'elle développe ses propres arguments. Elle permet ainsi son engagement et le maintien de nouvelles habitudes dans une phase dite de consolidation, par la participation à des actions concrètes en fonction de ses valeurs et buts personnels (Ibid.) (Laurin & Lavoie, 2011).

L'entretien motivationnel permettrait ainsi d'agir sur l'Être de la personne, en agissant sur sa volition (par une modification ou évolution de ses croyances, ainsi qu'une prise de conscience de sa causalité personnelle sur l'environnement), puis son habitude (c'est-à-dire ses habitudes ou

comportements semi-automatiques), et en confortant sa capacité de performance. Ces changements opérés au niveau de l'Être pourraient ensuite avoir un impact sur l'Agir, en permettant une participation occupationnelle dans des occupations écoresponsables (c'est-à-dire un engagement de la personne) par une performance occupationnelle plus adéquate, basée sur des nouvelles habiletés. Ainsi, le Devenir serait caractérisé par une nouvelle identité occupationnelle et de nouvelles compétences occupationnelles, qui permettraient l'adaptation des occupations pour préserver l'environnement et donc la santé. Nous voyons bien ici que l'entretien motivationnel s'intègre parfaitement dans le modèle MOH.

Le principal atout de cette technique est que le patient est acteur de son changement, car c'est lui qui développe ses propres arguments pour effectuer sa transition occupationnelle, sans que ce changement lui soit imposé par le thérapeute et sans confrontation (Miller & Rollnick, 2013). Cela constitue la meilleure garantie que cette transition soit pérenne.

En matière d'accompagnement du patient pour acquérir des nouvelles habiletés et compétences occupationnelles, figure en bonne place l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

c. L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient « *vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie* » (OMS, 1996).

L'HAS (2007) explique plus en détail en quoi cette technique consiste : « *Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie* » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2007). L'ETP est donc une approche qui s'imbrique parfaitement dans le modèle MOH, puisque l'HAS parle de conscience, de compréhension de la maladie chronique, et de responsabilités (ces trois termes pouvant renvoyer aux valeurs de la personne), de comportements (pouvant renvoyer à l'habituatation et à la participation), et à la qualité de vie (pouvant renvoyer à l'identité occupationnelle future et l'environnement). Ces notions répondent également parfaitement

aux caractéristiques nécessaires pour voir le patient s'engager dans une transition occupationnelle écoresponsable, puisque les programmes sont co-construits entre soignants et patients, ils sont donc personnalisés, et les soignants transmettent lors des séances « *leurs savoirs et leurs savoirs faire* » (Ibid.). La volonté des instances gouvernementales d'intégrer dans les formations des soignants des modules d'écoresponsabilité permettra d'avoir de plus en plus d'intervenants ayant une caution scientifique factuelle pouvant accompagner le patient dans sa réflexion grâce à ces nouveaux savoirs faire (Ministère de la Transition Écologique et Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023).

L'ETP, dessinée pour les personnes atteintes de maladies chroniques, et qui sont donc les plus impactées par les dérives du réchauffement climatique, aurait donc tout son sens. Créer des ateliers dédiés au lien entre santé et écoresponsabilité à l'intérieur des programmes personnalisés, ou insuffler des notions et informations relatives à ce lien dans les autres ateliers (tels que nutrition, activité sportive, ou activités de la vie quotidienne, etc...) ne devrait pas être une difficulté et être même systématisé au vu des objectifs fixés par la feuille de route du gouvernement en matière de soins (Ministère de la Transition Écologique et Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023).

Les programmes d'ETP sont des programmes très formalisés et validés par l'HAS, engageant de nombreux professionnels, et sont donc généralement organisés dans des structures institutionnelles. De plus, l'ETP est destinée à accompagner des patients atteints de maladies chroniques uniquement. Voilà pourquoi, malgré un nombre important de programmes en France, l'ETP ne concerne qu'une cible de patients réduite, et ne permet pas de l'appliquer en dehors de ces conditions, malgré un appel du Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) à faire « sortir » l'ETP du cadre institutionnel (CESE, 2019).

d. La guidance occupationnelle

Le Modèle de la guidance occupationnelle et de l'engagement collaboratif (Model of Occupational Stewardship and Collaborative Engagement), proposé par Nancy Rushford et Kerry Thomas (Rushford & Thomas, 2016) concerne, comme son nom l'indique, non pas un accompagnement individuel, mais celui d'une communauté ou d'un groupe de personnes ayant des valeurs et des habitudes de vie différentes. Il vise à les faire collaborer sur des projets communs ou occupations collectives afin de trouver des solutions écoresponsables pour remédier à la vision anthropocentriste et individuelle néfaste à l'environnement et la santé (Drolet, Thiébaud, Ung, Soubeyranet, & Tremblay, 2020). Les personnes impliquées dans cette étude étaient des survivants de catastrophes naturelles telles que tsunamis et

sécheresses, ayant donc vécu les conséquences désastreuses sur leur environnement et leur qualité de vie.

Là encore, cette approche communautaire répond à l'appel de la WFOT, qui appelle les ergothérapeutes à agir non seulement auprès des patients pris individuellement, mais également auprès des communautés (WFOT, 2012).

Elle semble elle aussi se rapprocher, dans l'esprit du moins, d'une autre démarche de guidance occupationnelle bien connue des ergothérapeutes qui est l'approche Co-OP (Cognitive Orientation to daily Occupational Performance).

e. L'approche Co-Op

L'approche Co-Op est une technique de guidance occupationnelle de la personne dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer sa performance occupationnelle quotidienne. L'Académie Internationale Co-OP, reprenant Polatajko et Mandrich, la définit comme une « *approche centrée sur le client, fondée sur le rendement et sur la résolution de problème, qui rend possible l'acquisition d'habiletés à travers un processus d'utilisation de stratégie et de découverte guidée* » (Polatajko, Mandich, & Cantin, 2017). Le terme « rendement occupationnel » est un vocable canadien traduit en français par « performance occupationnelle », notamment dans le modèle MOH dans lequel l'approche Co-Op peut parfaitement s'inscrire, puisqu'elle vise également l'acquisition d'« habiletés », terme que nous retrouvons également dans le MOH au niveau de l'Agir.

Basée sur la résolution de problèmes, cette approche a été créée à l'origine pour les enfants atteints de Troubles de Développement de la Coordination (TDC), mais a vu son champ d'application s'ouvrir aux adultes, et dans de nombreux autres types d'intervention. Cette approche permet d'accompagner des personnes ayant un déficit de capacités de performances, ou qui ne se sentent pas en capacité (agissant ainsi sur l'Etre selon le MOH) afin d'améliorer leur performance occupationnelle par l'acquisition d'habiletés (éléments de l'Agir dans le MOH), et d'adapter ainsi leurs occupations (agissant ainsi sur le Devenir dans le MOH).

Cette approche suppose cependant une conscience préalable de la personne de ses difficultés dans ses capacités et dans sa performance. Sa difficulté se situerait plutôt sur sa perception de son incapacité à faire, et sa nécessité d'être accompagnée dans la résolution de problèmes. Ainsi cette approche s'appliquerait davantage à des personnes ayant conscience du caractère non éco-responsable de leurs occupations, et désireuses de changer cet état de fait, mais qui ne sauraient pas comment

procéder. Elle semble en revanche plus difficile à appliquer pour les personnes n'ayant pas cette conscience au départ, puisqu'elle est fondée sur l'objectif défini par le patient lui-même.

Ainsi tous ces moyens présentés sont ou pourraient être des pistes pour accompagner le patient dans une transition occupationnelle écoresponsable.

L'ETP, malgré sa pertinence, présente l'inconvénient de son caractère institutionnel et son focus sur les patients atteints de pathologies chroniques, ce qui limite la taille de la cible des patients pouvant être accompagnés dans ce processus transitionnel.

Les autres techniques de guidance occupationnelle, Co-Op ou autre, bien que pertinentes également, semblent cependant voir leur efficacité varier selon le niveau de conscience écoresponsable du patient. En effet, même si elles engagent une réflexivité de la personne sur la façon d'adapter ses occupations, par l'acquisition d'habiletés pour améliorer la participation et la performance occupationnelle, agissant ainsi sur l'Agir et le Devenir dans le modèle MOH, il n'est pas pour autant certain qu'elles garantissent une modification de la volition de la personne, condition sine qua non de la pérennité de l'habituat. Car comme le soulignent Catherine Laurin et Kim Lavoie (2011), citant Rollnick et ses collaborateurs « *Dans les faits, les interventions traditionnelles (éduquer, conseiller) sont souvent inefficaces pour entraîner chez la majorité des patients des changements significatifs de comportements ou d'habitudes de vie et à les maintenir* » (Laurin & Lavoie, 2011)

Voilà pourquoi, parmi les moyens exposés ici, ceux qui permettent d'agir sur les croyances en s'appuyant sur des connaissances et informations scientifiques probantes fournies par l'ergothérapeute (c'est-à-dire le MIOT et l'entretien motivationnel) semblent les plus adaptés pour répondre à ma problématique. Car c'est sur les croyances que se fondent les valeurs d'une personne, et donc sa volition, et qui permettent donc dans le cadre du MOH d'opérer un changement d'habitudes de vie, par l'engagement de la personne dans une transition occupationnelle écoresponsable.

Ces outils peuvent cependant parfois ne pas être utilisés dans les règles par les ergothérapeutes, car ils nécessitent une formation spécifique. Malgré tout, il se peut que les ergothérapeutes les utilisent de façon informelle, incomplète ou flexible en ciblant un axe particulier, ou utilisent d'autres outils suivant la même stratégie d'action sur les croyances par l'apport d'information, dans le but d'agir sur les valeurs et motivation à agir, c'est-à-dire la volition, afin de s'engager dans une meilleure gestion de sa santé via un changement d'habitudes de vie.

Cela m’amène, en réponse à la problématique « Comment l’ergothérapeute peut-il contribuer à l’engagement des patients dans une transition occupationnelle écoresponsable ? », à émettre l’hypothèse suivante :

« L’utilisation par l’ergothérapeute d’outils permettant d’agir sur les connaissances, et par conséquent sur les croyances et les valeurs de la personne, peut contribuer à l’engagement du patient dans une transition occupationnelle écoresponsable ».

III. Partie exploratoire

L'hypothèse soulevée précédemment est donc née du raisonnement suivant, que l'on peut résumer ainsi : Les occupations humaines nuisent à l'environnement et par conséquent à la santé, en raison de leur caractère non-écoresponsable. Les occupations écoresponsables doivent répondre à un changement de valeurs des personnes qui n'avaient pas conscience de ce lien entre leurs occupations, l'environnement et leur santé. Certains outils permettent d'agir sur les connaissances et de ce fait sur les croyances et les valeurs de la personne, par conséquent ces outils peuvent contribuer à l'engagement du patient dans une transition occupationnelle écoresponsable.

Après avoir émis cette hypothèse, il faut maintenant procéder à une enquête, en définissant d'abord une méthodologie, puis en décrivant les résultats avant de les analyser, pour enfin prendre du recul en ayant l'esprit critique lors d'une phase de discussion.

A. Méthodologie de recherche

En fonction des objectifs de recherche définis, se dessine ensuite un choix de méthodologie, une population cible et enfin l'outil grâce auquel j'ai procédé à mon enquête.

1. Objectifs de la recherche

Le but premier de cette enquête était de pouvoir vérifier mon hypothèse. Pour cela, j'ai défini trois objectifs, auxquels j'ai associé des critères d'évaluations qui me permettront de justifier mes réponses :

- Mon premier objectif avait pour but d'évaluer l'étendue des connaissances des ergothérapeutes interrogés sur le sujet de l'ergothérapie et l'écoresponsabilité, et leur positionnement.

Ici, les critères d'évaluation étaient :

- la connaissance ou non de la déclaration de la WFOT de 2012 et quel positionnement en regard ;
- la connaissance de l'impact du dérèglement climatique sur la santé, et l'évocation ou non des déterminants de santé environnementaux et comportementaux ;

- et enfin la connaissance ou non de la notion de « dark occupations » et leur positionnement en regard.

- Le deuxième objectif visait à repérer de quelle manière l'ergothérapeute accompagne le patient dans une transition occupationnelle écoresponsable. Cet objectif était divisé en quatre sous-objectifs :

- Repérer si l'ergothérapeute utilise un modèle conceptuel, et lequel
- En partant du MOH, évaluer sur quelles dimensions du MOH l'ergothérapeute cherche à agir, avec en critères d'évaluation :
 - Action sur les valeurs du patient, ses habitudes de vie, son engagement ; ou bien sur sa participation et performance occupationnelles ;
 - Connaître son choix entre agir sur les occupations et agir sur les valeurs, et avec quelle justification
 - Evocation des activités écoresponsables avec le patient ;
 - Une éventuelle constatation d'une prise de conscience du patient et la présence ou non d'une analyse réflexive du patient.
- Repérer si l'ergothérapeute utilise un moyen tel que l'entretien motivationnel ou un moyen s'en rapprochant, et si ce n'est pas le cas, s'il manifeste ou non d'une volonté de l'utiliser
- Repérer les autres moyens utilisés par l'ergothérapeute : par exemple l'ETP, Co-Op, ou autres.

- Le troisième et dernier objectif était de repérer si les ergothérapeutes constatent une évolution des valeurs des patients vers plus d'écoresponsabilité dans leurs occupations, et un engagement des patients dans une transition écoresponsable. Avec en critères :

- L'éventuelle constatation d'un discours du patient plus écoresponsable, un engagement dans des occupations éco-responsables, une prise de conscience par le patient du lien entre dérèglement climatique et santé ;
- et si engagement du patient il y a, savoir si la transition écoresponsable du patient est pérenne.

2. Population cible

Pour définir ma cible d'ergothérapeutes à interroger et susceptibles de pouvoir répondre à mes questions, j'ai défini les critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion suivants :

a. Critères d'inclusion :

- Des ergothérapeutes ayant des pratiques ou des activités écoresponsables avec leurs patients, car cela constitue le cœur de mon sujet.

- Des ergothérapeutes travaillant avec des patients adultes sans précision de pathologie mais capables d'autodétermination, c'est-à-dire de jugement. Car mon sujet est général puisqu'il cherche à définir comment répondre à la recommandation de la WFOT de 2012, elle-même très générale, sans pathologie précise ciblée ni dispositif précis. De plus, pour pouvoir effectuer une transition occupationnelle, il faut être en pleine maîtrise de ses capacités de jugement.

- Des ergothérapeutes travaillant en post-aigu (en structure ou à domicile), à l'exception des soins palliatifs, car la priorité en aigu est la récupération du patient et non la mise en place d'occupations écoresponsables. De même en soins palliatifs, où le changement d'habitudes de vie et la mise en place d'une démarche écoresponsable ne sont plus pertinents.

- Des ergothérapeutes avec plus d'un an d'expérience, car la première année correspond à une prise de poste durant laquelle l'ergothérapeute va probablement d'abord se focaliser sur la consolidation de ses compétences avant de se lancer dans des initiatives plus ambitieuses. De plus il n'aura pas le recul nécessaire pour répondre à l'ensemble de mes questions, notamment celles en lien avec mon 4^e objectif.

- Des ergothérapeutes travaillant en France, le système de santé et la prise en soin ergothérapique n'étant pas les mêmes dans tous les pays.

- Et bien sûr des ergothérapeutes maîtrisant la langue française de manière fluente, afin de lever toute ambiguïté de langage, aussi bien dans la compréhension des questions que dans les réponses données.

b. Critères de non-inclusion

Ils ont été définis au regard des raisons invoquées plus haut.

- Les ergothérapeutes n'ayant pas de pratiques ou d'activités écoresponsables avec leurs patients.
- Les ergothérapeutes travaillant en aigu et en soins palliatifs.
- Les ergothérapeutes travaillant en santé mentale avec des personnes ayant des troubles psychiques et ergothérapeutes travaillant avec des personnes vulnérables (enfants, patients adultes ayant des troubles altérant leur auto-détermination ou jugement, et patients sous mesure de protection juridique – tutelle/curatelle) pour écarter le grief éventuel d'influence ou de transposition des valeurs écoresponsables de l'ergothérapeute sur le patient, et éviter ainsi d'obtenir des réponses non exploitables.
- Les ergothérapeutes ayant moins d'1 an d'expérience
- Les ergothérapeutes ne travaillant pas en France.
- Les ergothérapeutes ne maîtrisant pas la langue française de manière fluente.

c. Critères d'exclusion :

- les ergothérapeutes qui ne sont pas allés au bout des questions, car le raisonnement ne serait pas complet. Or c'est la fin de ma grille de questions qui permet de répondre ou non à mon hypothèse.
- Tout évènement indésirable et/ou imprévisible tel que le retrait de consentement de l'ergothérapeute, ou des propos insultants ou déviants. Les données recueillies ne seraient alors pas exploitables.

3. Méthodologie de recherche et outil :

a. Choix de méthodologie et d'outil

J'ai décidé de m'orienter sur une méthodologie qualitative plutôt que quantitative, tout d'abord en raison du faible nombre de personnes concernées par mon enquête. En effet, d'après mes recherches

et quelques échanges informels que j'ai pu avoir avec des ergothérapeutes spécialistes du sujet, il semblerait qu'il y ait davantage d'ergothérapeutes qui incluent de l'écoresponsabilité dans leur pratique professionnelle en elle-même que d'ergothérapeutes qui accompagnent leurs patients dans une transition occupationnelle écoresponsable. Cette faible incidence d'un phénomène est une des raisons pour opter pour une approche qualitative (Tétreault & Guillez, 2014). De plus, l'approche qualitative semble davantage recommandée pour expliquer un phénomène ou une approche, ce qui est le but que je poursuis (Ibid.).

Voilà pourquoi j'ai écarté les outils répondant à une méthode quantitative comme le questionnaire ou le sondage, car ceux-ci sont davantage destinés à établir des statistiques sur l'incidence d'un phénomène plutôt que d'expliquer ce phénomène (Ibid.) (De Singly, 1992). En effet, le questionnaire vise à « *produire des données standardisées sur une vaste population pour rechercher par traitement statistique des régularités dans la variation des opinions ou des attitudes entre groupes d'individus* » (Pin, 2023).

Bien que répondant à une méthode qualitative, et certainement pertinentes dans le cadre de mon sujet, j'ai également écarté les méthodes de groupe tels que le focus groupe, la méthode du groupe nominal, et la méthode Triage car le temps imparti pour ce mémoire me paraît trop court pour pouvoir réussir à réunir un groupe d'ergothérapeutes disponible pour traiter de ce sujet. J'ai également écarté la méthode Delphi pour la même raison de temporalité trop courte pour la réaliser.

J'ai donc choisi l'entretien, car c'est une démarche participative qui « *vise à la fois à collecter des informations et à rendre compte de l'expérience de la personne et de sa vision du monde, dans une optique compréhensive* » (Pin, 2023). Il permet d'avoir un échange individuel avec la personne interrogée, et de rebondir selon les propos recueillis (Blanchet & Gotman, 2007). Il permet également par des questions de relance de lever toute ambiguïté d'interprétation, et de creuser plus en profondeur le sujet (Tétreault & Guillez, 2014).

b. Construction de l'outil d'entretien

J'ai choisi d'opter pour un entretien semi-directif, car il consiste en une « *interaction verbale sollicitée par l'enquêteur auprès d'un enquêté, à partir d'une grille de questions utilisée de façon très souple* » (Pin, 2023). Il permet un « *discours par thèmes dont l'ordre peut varier en fonction des réponses de l'interrogé, il offre des points de repères pour l'enquêteur, ainsi que des informations de bonne qualité répondant aux objectifs poursuivis, et l'inférence est modérée* » (De Ketele & Roegiers, 1996). Je l'ai

construit avec des questions ouvertes regroupées par thèmes en lien avec mes objectifs. J'ai également prévu des questions de relance pour chacune de ces questions. Quant au cheminement de l'entretien, j'ai utilisé la technique de « l'entonnoir », en posant des questions générales en début de thématiques et objectifs pour finir par des questions plus précises directement en lien avec mon hypothèse. (La grille d'entretien se trouve en annexe II, page V).

Je me suis ensuite attelée à la recherche des personnes à interroger.

4. Recrutement des personnes interrogées

J'ai tout d'abord mis une annonce concernant ma recherche sur le réseau social professionnel LinkedIn. J'avais en amont depuis plusieurs mois élargi le périmètre de mon réseau en me connectant à environ 70 ergothérapeutes et professionnels de santé supplémentaires. Cette annonce a été vue à ce jour 462 fois. Cependant 1 seule personne m'a contactée en retour. Par chance, elle répondait à tous mes critères d'inclusion, et j'ai donc pu l'interroger. J'ai également pris le parti de poster une annonce sur Facebook dans un groupe dédié aux mémoires d'étudiants en ergothérapie, mais je n'ai eu aucune réponse. Le R2DE n'est pas présent sur les réseaux sociaux, mais j'ai eu accès via sa fondatrice à la liste des 140 membres et leurs coordonnées professionnelles. J'ai donc pu contacter directement par mail les personnes susceptibles de pouvoir me répondre. Sur six personnes contactées qui semblaient correspondre à l'ensemble de mes critères, trois ont accepté de me répondre, les trois autres présentant un critère de non-inclusion dont je n'avais pas connaissance avant de les contacter. Enfin, le R2DE avait également accepté d'inclure ma recherche dans sa newsletter du mois de mars, à la suite de laquelle une ergothérapeute s'est portée volontaire pour me répondre. J'ai cependant dû décliner son offre car elle travaillait en Suisse. Enfin, à la fin de chaque entretien, j'ai demandé à mes interlocuteurs s'ils connaissaient d'autres personnes susceptibles de pouvoir me répondre. J'ai ainsi obtenu un contact supplémentaire qui ne répondait malheureusement pas à mes critères. J'ai illustré ce processus de recrutement par un diagramme de flux que vous pourrez consulter en annexe III, page IX.

J'ai donc pu effectuer quatre entretiens qui ont duré chacun environ une heure. J'ai choisi de proposer de les réaliser uniquement en visioconférence, afin d'avoir une cohérence dans le recueil de données entre les quatre personnes interrogées. De plus, la visioconférence autorise une plus grande souplesse dans la gestion des agendas qu'un rendez-vous physique, et rend possible un entretien avec une personne située à une trop grande distance. Enfin, en comparaison avec un simple entretien téléphonique, elle permet également de s'appuyer sur le non-verbal le cas échéant, et rend l'échange plus convivial. J'ai bien évidemment fait signer un formulaire de consentement de recueil des données

en amont des entretiens à chaque personne interrogée (Voir Annexe IV, page X). J'ai recueilli ces réponses en prenant de nombreuses notes, et en enregistrant l'entretien avec un dictaphone et en le doublant par mesure de sécurité via le logiciel de visio. J'ai rappelé en début d'entretien les informations données dans l'e-mail envoyé en amont, qui assuraient les personnes interrogées que leur anonymat serait bien évidemment respecté, et que les données recueillies et les enregistrements ne seront conservés que le temps de réalisation et présentation de ce mémoire, et seront détruits dès l'obtention du diplôme.

Tous très instructifs, il est ressorti de ces entretiens de nombreuses réflexions très intéressantes ainsi que des points communs, présentés ci-après.

B. Résultats et analyse

Les questions de ma grille d'entretien étaient articulées autour de trois thèmes, en lien avec mes objectifs. En premier lieu, j'ai cherché à définir le profil des ergothérapeutes interrogés. Puis j'ai abordé la question de l'accompagnement de leurs patients dans une démarche écoresponsable. Enfin, mon dernier thème concernait l'évolution des valeurs des patients et leur engagement dans une transition écoresponsable. Vous pourrez retrouver la retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute n°2 en annexe V page XII, ainsi que la grille d'analyse en annexe VI, page XXXIII.

1. Profil des ergothérapeutes interrogés

Après avoir examiné les données démographiques, j'aborderai l'étendue de leurs connaissances sur le thème de l'écoresponsabilité en ergothérapie.

a. Profil démographique

J'ai pu interroger quatre ergothérapeutes ayant une approche écoresponsable avec leurs patients. Les données démographiques recueillies peuvent se résumer dans le tableau suivant :

Données	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3	Ergothérapeute 4
Nombre d'années d'expérience	24	26	6	7
Ancienneté dans le poste actuel	8	3	3	5
Lieu d'exercice				
Géographique	Région parisienne	Bretagne	Paris	Paris
Type de structure	Entreprise d'économie solidaire et sociale	HAD-R	SMR	SMR/HDJ
Typologie de patients (pathologies et âge moyen, objectif de prise en soin, durée de prise en soins)	Gériatrie en majorité, toute pathologie Aménagement du domicile Durée : 1 à 2 interventions	Tous types de pathologies et tout âge Réadaptation / rééducation Entre 3 à 6 mois	Adultes (neuro : post AVC et blessés médullaires) Réadaptation 3 à 4 mois en moyenne	Gériatrie Rééducation / réadaptation 3 à 4 mois en moyenne
Affiliation au R2DE ou à un autre groupe en lien avec le développement durable	Non	R2DE seulement	R2DE seulement	R2DE seulement

Figure 3 – Tableau récapitulatif du profil des ergothérapeutes interrogés.

Sur ces quatre ergothérapeutes, trois d'entre eux exercent à Paris ou en région parisienne, tandis qu'un exerce en Bretagne.

J'ai préféré interroger mes interlocuteurs sur leurs années d'expériences plutôt que sur leur âge, qui ne me semblait pas une donnée pertinente pour mon sujet. Etant moi-même en reconversion professionnelle, je serai bientôt une « jeune » ergothérapeute en termes d'années d'expérience, sans l'être en âge. Ainsi, plus que l'âge, le plus important me paraissait être l'année d'obtention du diplôme, qui répond à un courant pédagogique et donc une vision de l'ergothérapie à une période donnée, ce qui peut expliquer des formations et approches du métier différentes, indépendantes de l'âge réel de l'ergothérapeute. Sur les quatre personnes interrogées, deux ont plus de 20 ans d'expérience depuis leur diplôme (24 et 26 ans), et les 2 autres ont moins de 10 ans d'expérience (6 et 7 ans). Concernant leur ancienneté dans leur poste actuel, l'écart entre les personnes interrogées se réduit puisqu'il oscille entre 3 et 8 ans d'ancienneté. Cette question sur l'ancienneté peut avoir son importance quant à la liberté d'action et le niveau d'autonomie et de prises d'initiative que les personnes peuvent avoir dans leur poste.

Toutes les personnes interrogées travaillent en post-aigu, comme stipulé dans mes critères d'inclusion. Deux d'entre elles interviennent à domicile : l'une d'elle travaille dans une entreprise d'économie solidaire et sociale, intervenant pour des aménagements de domicile, en grande majorité auprès de patients dits « séniors » ; et l'autre fait partie d'une équipe d'Hospitalisation à Domicile de réadaptation/rééducation (HAD-R) auprès de patients de tous âges, atteints de différents types de pathologies, chroniques ou non, évolutives ou non. La personne résume ainsi le profil de ses patients : *« tous les patients pour qui ne pas faire de rééducation ou de réadaptation serait une perte de chance »*. Les deux autres ergothérapeutes interrogés travaillent en structure : l'un dans un service de soins médicaux et de réadaptation (SMR), intervenant auprès de patients adultes présentant principalement des atteintes neurologiques de type AVC, ou des lésions médullaires ; et l'autre intervenant auprès d'une patientèle gériatrique, et partageant son temps entre le SMR et l'hôpital de jour (HDJ) de la même institution.

La durée moyenne de leur intervention est en moyenne de 3 à 4 mois, pouvant aller jusqu'à 6 mois pour l'ergothérapeute travaillant en HAD-R. L'ergothérapeute intervenant pour des aménagements de domicile n'intervient en revanche que sur une ou deux visites.

Enfin, trois ergothérapeutes sur les quatre interrogés font partie du R2DE, et le quatrième connaît son existence même s'il n'en fait pas partie. Aucun d'entre eux en revanche ne fait partie d'un autre groupe (ergothérapique ou non) en lien avec le développement durable. Et tous sont cependant en lien

avec Envie Autonomie, structure implantée dans presque toute la France et qui reconditionne les aides techniques dans une optique d'économie circulaire.

b. Etendue des connaissances sur l'écoresponsabilité en ergothérapie

Trois des ergothérapeutes sur les quatre interrogés avaient connaissance de la déclaration de la WFOT de 2012 citée plus haut. Il est à noter que ceux-ci sont ceux qui font partie du R2DE, dont cette déclaration constitue la pierre fondatrice du réseau. Il était donc peu probable que leur réponse soit négative.

En revanche, tous sont d'accord avec ce positionnement de la WFOT, avec le même bémol que celui qui m'a poussée à travailler sur cette problématique : « *On ne peut qu'aller dans ce sens, mais maintenant, comment organise-t-on les choses ?* ». En effet, si tous sont d'accord sur le principe, dans les faits tous avouent avoir du mal à l'appliquer, en raison du caractère patient-centré de l'ergothérapie en général et de l'intervention en particulier, qui répond à une prescription médicale portant généralement sur une problématique fonctionnelle du patient. La question de la légitimité ou habilitation est mise en avant. Ainsi, l'ergothérapeute 3 explique que « *c'est difficile à aborder avec les patients et que ce n'est pas quelque chose que l'on questionne en premier* », car en effet l'ergothérapeute se doit en premier lieu de répondre au mandat du patient et à la prescription médicale qui ne porte pas sur ce sujet. L'ergothérapeute 2 et l'ergothérapeute 4 parviennent néanmoins à aborder le sujet lorsque les circonstances ou la conversation avec le patient s'y prêtent : « *je ne vais pas interférer forcément avec les habitudes des gens. (...) Si ça se tient dans le plan d'intervention, (...) je mets sur la table différentes alternatives. (...) C'est pas quelque chose de frontal* ». Ainsi, l'ergothérapeute 2 a suggéré à une patiente qui avait des antécédents de détresse respiratoire et cancer du sein, au cours d'une mise en situation ménage dans le cadre d'une lombalgie, de changer son lave-vitre en spray contre du vinaigre pour éviter de respirer des particules volatiles nocives au vu de ses difficultés respiratoires. Ici les circonstances étaient favorables à une sensibilisation écoresponsable en lien avec l'historique de la patiente.

Tous proposent quasiment systématiquement la possibilité d'acquérir des aides techniques de seconde main, via une plateforme ou un dispositif d'économie circulaire (le plus souvent cité étant Envie Autonomie), en laissant toujours le choix au patient entre l'achat neuf et la seconde main.

Parmi les freins évoqués, les deux ergothérapeutes travaillant en SMR évoquent des freins institutionnels avec une résistance au changement, tant de la part de l'encadrement que des collègues.

Une autre réponse porte sur les freins non pas inhérents aux ergothérapeutes ou aux institutions sanitaires, mais à la société dans laquelle nous vivons, illustrés par exemple par le manque d'accessibilité des transports en commun, qui empêche les personnes à mobilité réduite comme les personnes âgées de pouvoir y avoir recours.

Un autre frein évoqué est le temps de prise en soins et son financement : *« ce temps d'accompagnement doit être financé. Puisque les études montrent que pour qu'un accompagnement soit efficace dans les changements d'habitudes de vie, on est entre 2 et 3 mois minimum d'accompagnement, et si personne ne paie, c'est difficile de le faire ».*

Enfin, le dernier frein évoqué est celui de la résistance au changement chez les personnes âgées concernant leurs habitudes de vie.

La question suivante portait sur le fait de savoir si les ergothérapeutes interrogés font le lien entre dérèglement climatique et santé. Ayant anticipé que tous répondraient par l'affirmative, je leur ai demandé ensuite en quoi selon eux ce dérèglement climatique impacte la santé. Tous citent la canicule et la pollution qui entraînent des répercussions sur les difficultés respiratoires. L'un d'entre eux évoque la propagation des moustiques due à la montée des températures, et qui transmettent davantage les virus et engendrent la réapparition de maladies que l'on pensait en voie d'éradication, quand un autre évoque les cancers dûs à la pollution et particules fines. Un dernier résumé en disant que l'on devrait parler de *« santé en général, celle de la faune, de la flore et la nôtre, tout est imbriqué. En abimant la diversité, on s'abîme nous-même ».*

Ma dernière question pour conclure ce thème était si les personnes interrogées connaissaient la notion de « dark occupation », et si elles étaient d'accord avec ce concept (en supposant qu'on puisse l'appliquer aux occupations non écoresponsables). Trois d'entre elles n'en avaient jamais entendu parler, et la quatrième connaissait la notion sans en connaître l'appellation. Celle-ci est d'ailleurs entièrement d'accord avec ce concept, disant que *« il y a autant d'occupations néfastes que bénéfiques pour la santé ».* Une autre estime qu'il s'agit d'un concept intéressant et qui fait réfléchir, tout en se demandant *« ce qu'on en fait ensuite »* : *« car ce qui est difficile avec les pratiques durables, c'est qu'à l'heure actuelle c'est très difficile d'en parler car il ne faut pas être jugeant avec le patient ».* Elle ne se sent donc pas légitime ou du moins la plus habilitée à aborder ce sujet avec ses patients. Elle est rejointe sur cet aspect de légitimité par une autre personne interrogée qui se demande si c'est aux ergothérapeutes de traiter cette question, le sujet étant transversal, et pourquoi eux plus que d'autres professionnels de santé, disant que *« nous n'avons pas le temps pour cela, et aujourd'hui on n'attend pas les ergos sur ce terrain-là en France ».* Toutes soulignent l'importance de l'éducation sur le sujet : l'une d'entre elles évoquent le rôle à jouer des parents et enseignants de la jeune génération ; une autre

évoque le manque de connaissances de ce qui est sain ou non, et qui rentre selon elle en ligne de compte (« *on manque d'informations claires sur le sujet* ») ; et une troisième évoque le nombre croissant de formations des professionnels de santé sur le sujet du développement durable, notamment en ergothérapie où cette thématique est de plus en plus intégrée dans le cursus de formation des nouveaux étudiants.

Après ces questions destinées à définir le profil des répondants, je me suis intéressée à leur accompagnement des patients dans une démarche écoresponsable.

2. L'accompagnement des patients

a. L'approche de l'ergothérapeute sur le sujet de l'écoresponsabilité

Pour commencer, parmi les quatre ergothérapeutes interrogés, le modèle conceptuel le plus utilisé (implicitement) dans leur pratique est la MCRO, qui est citée par trois d'entre eux, même si l'un d'entre eux cite en premier lieu le MOH. Ensuite un second modèle est souvent cité, notamment le modèle Kawa qui est cité par deux d'entre eux, et enfin le PPH et la CIF. L'un d'entre eux cite également « One Health », qui est une approche globale du concept de santé auquel il a été récemment formé. L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) le définit ainsi : « *One Health* » ou « *une seule santé* » en français, tient compte de ces liens complexes dans une approche globale des enjeux sanitaires. Celle-ci inclue la santé des animaux, des végétaux et des êtres humains, ainsi que les perturbations de l'environnement générées par l'activité humaine » (ANSES, 2023). Mais cette approche n'est pas un modèle conceptuel au sens où nous l'entendons en ergothérapie. Cette question me permettait de savoir si le modèle utilisé par les ergothérapeutes interrogés correspondait à celui que j'ai moi-même utilisé pour mener cette réflexion, c'est-à-dire le MOH.

La principale porte d'entrée de ces ergothérapeutes dans l'accompagnement du patient est une intervention faite directement sur l'occupation du patient. Ayant utilisé le modèle MOH pour guider ma réflexion sur cette problématique, je souhaitais savoir si cette porte d'entrée était les occupations, ou s'il était possible qu'elle soit davantage axée en amont sur les valeurs et habitudes de vie, c'est-à-dire sur la volition. Chacun appuie sa réponse avec un argument différent : « *Moi je suis là pour répondre à la demande des gens, je ne vais pas interférer, ça n'aurait pas de sens...* ». Ou bien : « *De là à dire que*

j'agis sur leurs valeurs, je n'ai pas cette prétention-là, j'essaie d'être humble dans ce que je fais. (...) Moi dans ma pratique de tous les jours, je suis face à des personnes qui ont de tels problèmes que je ne leur parle même pas du sujet écologique en fait ». Ou encore que le sujet de l'écoresponsabilité est abordé quand le niveau relationnel le permet, au détour d'une conversation : *« je ne cherche pas à éveiller les consciences, c'est un peu ça ».* Enfin la dernière : *« la porte d'entrée est le motif de la prescription, donc plutôt les occupations, parce que c'est l'hospitalier qui veut ça, et les temporalités qui veulent ça aussi. En libéral, j'aborderais les choses autrement car la temporalité n'est pas la même ».* Ainsi, trois justifications ressortent : le sentiment de manque de légitimité, la nature de la relation thérapeutique, et le temps de prise en soin.

Pour autant, le sujet est travaillé par les ergothérapeutes, car pour la majorité, la porte d'entrée est plus précisément la mise en place d'une aide technique de seconde main. Mais nous remarquons qu'à chaque fois, c'est un argument davantage financier ou économique, plus qu'un argument d'écoresponsabilité, qui va décider les patients à choisir une aide technique de seconde main.

Cette mise en place d'aides techniques de seconde main en économie circulaire est majoritairement le seul geste écoresponsable travaillé avec le patient. Seul un des quatre ergothérapeutes propose d'autres types d'activités, comme faire de la motricité fine avec les matériaux disponibles chez le patient (pois chiches, billes, etc...), ou bien des activités en plein air lorsque cela est possible, ou encore des conseils sur les produits nettoyants à privilégier lors des mises en situation ménage. Pour un autre en SMR, le sujet de l'écoresponsabilité est abordé sur la thématique du tri des déchets lors des ateliers cuisine, car jusqu'ici, ce tri n'existait pas dans la structure concernée, ce qui interpellait les patients. Une autre réponse évoque l'idée de mettre en place des ateliers de prévention primaire, *« où le sujet pourrait certainement être plus abordé. C'est toute une culture qu'on doit mettre en œuvre »*, reprenant ainsi la thématique de l'éducation à la santé et de la prévention évoquée plus haut dans la première partie de ce mémoire.

Quelle que soit l'activité écoresponsable mise en œuvre, que ce soit le recours à l'économie circulaire ou une autre, celle-ci est toujours suggérée aux patients et bien évidemment jamais imposée, le patient est toujours le décisionnaire final. Mais les ergothérapeutes font l'effort néanmoins de proposer un choix entre une aide technique neuve ou de seconde main, que le patient acceptera ou non, pour des motifs d'ordre économique majoritairement comme expliqué plus haut. Il est d'ailleurs très rare que les patients soient réticents lorsque les ergothérapeutes leur proposent un geste écoresponsable. Le seul frein rencontré est celui de l'hygiène sur certaines aides techniques comme des réhausseurs de toilettes par exemple, même s'il a bien été stipulé qu'un nettoyage et une désinfection complets ont été effectués. L'ergothérapeute 2 qui parvient à mettre des activités écoresponsables en

place avec ses patients précise néanmoins que ses patients *« sont tous d'accord, mais ils ne mettent pas en pratique pour autant. Cela demande un accompagnement. Mais quand c'est accompagné, ça marche »*. Là encore, le temps de prise en soins et l'éducation à la santé sont soulignés.

Ainsi, le sujet de l'écoresponsabilité est rarement abordé avec les patients, car les ergothérapeutes ne se sentent pas habilités à le faire, ou du moins légitimes. L'ergothérapeute 4 estime que *« ce n'est pas opportun dans mes accompagnements, les gens ont autre chose à penser »*. L'ergothérapeute 1 avance le fait qu'il est difficile de modifier les habitudes de vie de ses patients, majoritairement des sujets âgés. L'ergothérapeute 3 illustre son ambiguïté quant à son sentiment de ne pas être légitime en disant : *« je suis tout à fait d'accord avec la WFOT, et je trouve qu'on est tout à fait à même d'évoquer cette thématique parce qu'on est dans les occupations, et donc au plus près de la vie de tous les jours, mais je pense que je ne me sens pas (mais c'est le gros problème des ergos) toujours légitime pour en parler »*. Toujours en réponse à la même question, il poursuit en disant qu'il est compliqué d'aller au-delà de la prescription médicale, et autre frein intéressant, qu'il s'agit d'une thématique *« qui peut être jugeante, et (que) les patients pourraient mal le prendre »*. Il estime qu'aborder le sujet pourrait avoir sa place dans l'anamnèse au moment où l'on questionne les habitudes de vie, mais s'interroge ensuite sur le traitement de ces informations : *« et après, qu'est-ce qu'on en fait de ces infos, comment on les traite ? et pourquoi moi plus qu'un autre ? »*. Les ergothérapeutes 4 et 2 ont plus de facilité à aborder ce sujet s'il survient naturellement dans la conversation, et cela suppose *« d'avoir bien affirmé la relation thérapeutique »*, justement pour éviter la connotation de jugement. L'un des deux souligne que *« cela touche pas mal à l'intime des gens.... Ça peut être mal vécu d'intervenir là-dessus, donc c'est pas toujours faisable »*. Malgré tout, l'ergothérapeute 2 parvient quand même à appuyer ses propos par des informations scientifiquement prouvées, même si il ne donne pas les références : *« il faut que ça reste digeste »*.

A la question *« selon vous, vos patients ont-ils conscience du lien entre dérèglement climatique et santé ? »*, tout d'abord au sens large, tous répondent par la négative, sauf quelques exceptions où les patients sont renseignés, ou bien au sujet des phénomènes dont on entend le plus parler comme la pollution. Les raisons invoquées sont la disparité des milieux de vie, des milieux sociaux ou d'éducation ; la typologie des pathologies (*« une personne atteinte de maladie chronique respiratoire fera davantage le lien qu'un patient ayant subi un AVC »*), et le lieu d'habitation (*« peut-être qu'il faudrait demander aux personnes qui vivent dans le Nord avec les inondations à répétitions »*). De surcroît, tous sont unanimes sur le fait que les patients ne font pas le lien entre dérèglement climatique et leur propre santé personnelle. Cela reste pour eux un concept global. Et l'ergothérapeute 1 fait la constatation que les seniors représentent *« une génération qui a mieux vécu que la génération précédente, avec une*

meilleure santé et une espérance de vie plus élevée. Ils ont vécu le progrès, donc leur dire que ce progrès aujourd'hui se retournent contre eux, ils ne l'entendent pas ».

b. Les moyens d'intervention utilisés

J'aborde ensuite le sujet des moyens d'interventions utilisés par les ergothérapeutes interrogés. Je cherche à savoir s'ils utilisent l'entretien motivationnel ou un moyen s'en rapprochant et permettant d'agir sur les croyances, et dans le cas contraire s'ils pourraient l'envisager, dans la mesure où cet outil permet de gommer ou réduire l'ambivalence du patient entre ses habitudes de vie qu'il sait mauvaises et sa volonté d'améliorer son état de santé. Trois sur quatre ne l'utilisent pas. La principale raison donnée est qu'ils ne sont pas formés à l'outil. L'ergothérapeute n°2 mentionne être cependant formé à l'écoute active. L'ergothérapeute n°4 répond ne pas l'utiliser *« tel quel »*, mais qu'il l'utilise en HDJ car *« il y a plus de temps de parole »*. Il précise utiliser *« l'OSA et l'OT-HOP dans ce but-là. C'est de pouvoir guider des entretiens un peu similaires, d'aider les personnes à investir leurs activités de la bonne manière »*. Il affirme donc pouvoir envisager d'utiliser ce type d'outils, tout comme l'ergothérapeute n°3 qui utilise simplement un bilan d'entrée. Celui-ci estime que cela serait une bonne idée, pour sensibiliser les patients et adapter sa manière d'intervenir. Il temporise cependant en se questionnant : *« ce serait un bon outil pour pouvoir les faire avancer (dans leur réflexion), mais est-ce que j'arriverais à le faire, sachant que je ne sais pas si je vais réussir à me sentir légitime ? »*. Ce frein de la légitimité est également mentionné par l'ergothérapeute n° 2, mais qui aujourd'hui le ressent moins : *« dans quelle mesure, nous les ergos, on se sent légitimes ? (...) Je prends un peu plus d'aplomb depuis que je me suis formée en santé environnementale, je suis plus active sur le R2DE. (...) Avant, ça ne coulait pas de source pour moi que nous les ergos, on avait un rôle à jouer dans les habitudes de vie et le développement durable. Mais à partir du moment où on dit 'activités humaines', bah oui, ok »*. Il souligne aussi en frein le temps de la prise en soins : *« il faut du temps pour mettre en place les habitudes. Et pour faire une habitude, il faut entre 60 et 90 jours pour mettre une habitude en route. Sauf que c'est pas toujours ça qui arrive en début de séjour. Donc on ne peut pas accompagner sur une durée suffisamment longue pour que les habitudes se prennent »*. Il soulève également un autre frein qu'il a réussi à surmonter, celui de l'intimité des patients : *« c'est super intime de leur demander comment ils font le ménage (...). Et c'est après coup, je me suis dit 'bah tu leur demandes bien comment ils se lavent, comment ils atteignent leurs pieds, comment ils atteignent leurs fesses' »*. Ce frein de légitimité est également avancé par l'ergothérapeute n°1, qui dit ne pas utiliser ce type d'outil et ne pas en ressentir le besoin, car il utilise d'autres outils *« très pragmatiques, et ça suffit à mes financeurs »*, parce que les financeurs *« ne nous attendent pas sur ces sujets-là. (...) De façon très pragmatique, je fais ce pourquoi je suis financé »*.

Parmi les moyens utilisés, l'ergothérapeute 2 mentionne l'approche Co-Op, à laquelle il est formé : *« J'essaie d'être moins dans le conseil que dans la recherche de solution avec le patient. L'idée, c'est plutôt à l'aide du questionnement de les amener à réfléchir sur comment ils pourraient s'y prendre (...). (...) Si la solution elle ne vient pas d'eux, ben c'est un coup de bâton dans l'eau »*. L'ergothérapeute n°4 préfère passer par l'approche des aidants, avec une approche d'éducation (ou du moins de sensibilisation) sur les activités de vie quotidienne, notamment sur l'utilisation d'aides techniques de seconde main. Un autre ergothérapeute évoque la possibilité d'avoir recours à un outil de photolangage, utilisé pendant sa formation « Plan Health Faire® », et qui permet de parler de l'image présentée, car *« ça met le patient au centre des pratiques. Du coup il est acteur, et en même temps, ça fait éveiller les consciences »*.

3. Vers une transition occupationnelle écoresponsable du patient ?

Le dernier thème que je souhaitais aborder portait sur un éventuel engagement dans une transition occupationnelle écoresponsable des patients, via une meilleure connaissance des enjeux, une prise de conscience ou une évolution de leurs valeurs et/ou habitudes de vie en lien avec l'écoresponsabilité.

Aucun des ergothérapeutes interrogés n'a observé une évolution de valeurs et/ ou d'habitudes de vie chez leurs patients vers plus d'écoresponsabilité, ou de leur perception de l'impact de leurs occupations sur le climat et leur santé. L'un des ergothérapeutes le justifie par un manque de recul pour pouvoir faire une telle observation, et la difficulté à faire changer les habitudes. Deux autres ont néanmoins observé une tendance à la réflexion chez leurs patients, à défaut d'un début d'action. Le premier témoigne : *« Ça les fait réfléchir sur le moment, mais leur idée est déjà faite, en fait. (...) Mais c'est pas grave, ça veut dire qu'à un moment donné, ils se sont posé des questions, et que peut-être dans d'autres occasions, ils vont se poser des questions. (...) Mais voilà, moi après mon rôle, il s'arrête là, comme je disais, j'ai pas envie de donner forcément trop de conseils, j'ai plus envie que les gens se posent des questions, et je pense que c'est une première étape »*. Et le second relève que le fait que ce sujet touche à la santé a un impact sur l'aspect solidaire, notamment sur le don et la réutilisation des aides techniques. Il note également un point intéressant qu'il nomme la « réattribution de valeurs », en prenant l'exemple du non-gaspillage qui pouvait être à l'origine motivé par des valeurs économiques de personnes âgées qui avaient connu le manque dans leur jeunesse durant la guerre, et pour qui il est par conséquent indécent de gaspiller la nourriture ou d'autres biens matériels, et qui aujourd'hui gardent cette valeur de non-gaspillage mais désormais pour des raisons en lien avec l'écoresponsabilité.

N'ayant pas observé d'évolution significative de valeurs ou d'habitudes de vie, ni de transition occupationnelle écoresponsable chez leurs patients, la question sur l'estimation d'un engagement ou d'un caractère pérenne ou non de cette transition n'était donc pas applicable.

C. Discussion

De ces entretiens très enrichissants ont émergé plusieurs freins à l'application de la recommandation de la WFOT par les ergothérapeutes dans l'accompagnement du patient, tout en mettant en lumière plusieurs leviers possibles. Après les avoir examinés, je confronterai mon hypothèse, avant d'indiquer les limites de mon enquête et les pistes de réflexions qu'elle dégage.

1. Les freins à l'accompagnement du patient dans une transition écoresponsable

Le principal frein qui revient le plus souvent dans ces échanges est le sentiment de manque de légitimité des ergothérapeutes pour aborder le sujet de l'écoresponsabilité avec leurs patients, et les amener ainsi vers une transition occupationnelle écoresponsable. Vient ensuite la durée de prise en soin.

a. *Le sentiment de manque de légitimité*

Ce sentiment de non-légitimité est récurrent dans les réponses des ergothérapeutes interrogés. Il repose sur deux éléments : le fait tout d'abord de devoir répondre au motif de la prescription médicale, dont le sujet n'est pas en lien direct avec le caractère écoresponsable ou non des occupations du patient ; et le fait ensuite d'avoir le sentiment d'adopter une position jugeante concernant les habitudes de vie des patients.

Concernant le premier élément, il renvoie au « dilemme de l'ergothérapeute » mis en mots par Marie-Josée Drolet et déjà évoqué plus haut : *« l'ergothérapeute qui valorise l'écoresponsabilité et la justice occupationnelle intergénérationnelle peut être appelé.e à vivre un dilemme éthique dans le cadre de sa pratique professionnelle, lequel oppose ces valeurs à l'approche centrée sur le client qui est par ailleurs dominante en ergothérapie. Cet enjeu éthique est pour plusieurs ergothérapeutes vécu comme un dilemme éthique, au sens où ce questionnement éthique oppose des options qui à première vue semblent difficiles à concilier, voire irréconciliables »* (Drolet & Lafond, 2022). Mais ici, les auteurs parlent

des valeurs écoresponsables propres à l'ergothérapeute, avec le souci de vouloir agir pour les générations futures sans imposer ses propres valeurs aux patients. Mais dans le cadre de ma problématique, l'enjeu n'est pas tant finalement les valeurs de l'ergothérapeute, mais bien la santé actuelle du patient, qui se joue au quotidien, avant même de penser aux générations futures. Que l'ergothérapeute ait des valeurs écoresponsables ou non, ce n'est pas tant ce point qui compte plutôt que sa conscience du lien entre écoresponsabilité et santé, et donc de sa pleine capacité à accompagner le patient vers des habitudes de vie favorables à sa santé. D'autant que le portfolio de l'étudiant en ergothérapie, élaboré par le Ministère de la santé en annexe de l'arrêté du 23 septembre 2014, stipule que l'une des compétences qu'un futur ergothérapeute se doit d'acquérir est la compétence 5 : « *Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique* », avec une illustration en alinéa 3 : « *Déterminer pour des populations cibles, des actions de prévention, de conseil et d'éducation favorisant l'engagement dans l'activité pour promouvoir la santé* ». (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et des Droits des femmes, 2014). L'ergothérapeute semble donc en théorie pleinement compétent et légitime pour amener le patient à une réflexion sur une adaptation écoresponsable de ses habitudes de vie.

De ce fait, nous pourrions nous poser la question de savoir si une prescription médicale portant sur la réadaptation des activités quotidiennes du patient ne pourrait pas implicitement porter plus loin que l'aspect purement fonctionnel de l'activité, en allant jusqu'à évaluer son aspect « sanitaire », rejoignant ainsi l'idée de « *dark occupations* » à nouveau. D'autant que dans certains cas de figure, il est tout à fait accepté de sortir du motif stricto sensu de la prescription, lorsque cela a un lien direct avec la demande : par exemple lorsqu'un ergothérapeute intervient pour un aménagement de salle de bain auprès d'une personne âgée, il évalue parfois également en amont sa marche, bien que cela ne soit pas expressément demandé dans la prescription.

De plus, le sujet de la légitimité soulevé dans ces entretiens est souvent fait en comparaison d'autres professions qui seraient tout aussi légitimes pour sensibiliser les patients à l'écoresponsabilité, comme les autres professionnels de santé ou les professeurs des écoles ou éducateurs spécialisés. Concernant les professeurs et éducateurs, nous pourrions opposer à cet argument que, contrairement à ces derniers, les ergothérapeutes sont des professionnels de santé. Certes les professeurs peuvent sensibiliser les jeunes générations au développement durable et à son impact sur la préservation de la planète et des écosystèmes, mais ils ne sont pas les mieux placés pour parler du lien entre écoresponsabilité et santé. Quant à la comparaison avec les autres professionnels de santé, certes ils peuvent contribuer chez les patients à faire le lien entre dérèglement climatique et santé, mais tous ne sont pas en revanche experts des activités de la vie quotidienne ou occupations qui est la raison d'être du métier d'ergothérapeute. Les ergothérapeutes semblent donc les plus légitimes à évoquer ce sujet

avec les patients en comparaison avec leurs confrères soignants ou paramédicaux. Prenons l'exemple de l'activité cuisine, et le sujet sanitaire traité en boucle par les médias ces derniers mois concernant les per et polyfluoroalkylées, plus connus sous le nom de PFAS, dits polluants éternels : nous pourrions par exemple imaginer un atelier cuisine en SMR, animé conjointement avec un nutritionniste ou diététicienne, dans lequel l'ergothérapeute ou l'autre professionnel expliquerait que la structure a choisi pour préserver la santé de ses patients d'utiliser uniquement des poêles en inox et non en téflon, en raison de l'impact des PFAS contenus dans le téflon sur la santé, et engager la conversation ou non selon la réaction du patient sur ce sujet. Mais en citant simplement ce choix de la structure, cela pourrait amener le patient à réfléchir sur le sujet et sa propre utilisation d'ustensiles potentiellement néfastes pour sa santé. En revanche, si ces différents types de professionnels peuvent tous aborder la question de l'écoresponsabilité dans l'alimentation, l'ergothérapeute, contrairement au nutritionniste ou diététicien, peut être amené à proposer des aides techniques sous forme d'ustensiles adaptés, et l'on pourrait imaginer qu'une poêle en inox plutôt qu'en téflon pourrait être envisagée comme une aide technique pour un patient atteint d'un cancer ou autre maladie potentiellement provoquée par des polluants.

Même si malgré tout deux ergothérapeutes sur quatre osent mettre sur la table le sujet de l'écoresponsabilité des habitudes de vie dans le cadre de leur intervention auprès de leurs patients dès que l'opportunité se présente, ce manque de légitimité pourrait donc s'apparenter à une crainte d'avoir l'impression de juger le patient, argument souvent retrouvé dans les entretiens.

La position jugeante renvoie à la notion de relation thérapeutique dite « *verticale* », c'est-à-dire de « sachant » qui serait le thérapeute, à « apprenant », c'est-à-dire le patient, par laquelle le thérapeute explique à son patient ce qu'il doit faire ou ne pas faire (Grimaldi, 2009). Ce type de relation thérapeutique n'est pas souhaitable dans la mesure où en effet le patient peut se sentir jugé, voire infantilisé (Ibid.). De plus, cela pourrait s'avérer contre-productif, comme le soulignent Marie-Josée Drolet et Pierre-Luc Turcotte (2021) : « À notre avis, l'ergothérapeute doit éviter d'adopter un discours moralisateur et culpabilisant, lequel se révèle par ailleurs peu efficace pour soutenir les changements de comportements » (Drolet & Turcotte, 2021). André Grimaldi (2012) recommande d'adopter avec les patients une relation thérapeutique dite « *horizontale* », c'est-à-dire davantage fondée sur une relation de partenariat entre le patient et le thérapeute, autrement nommée alliance thérapeutique (Grimaldi, 2012) : « un rapport égalitaire d'adulte à adulte pour fixer en commun des objectifs et les moyens de les atteindre, sachant que le médecin doit être garant de la validité scientifique de ses propositions, tout en étant capable d'aider le malade à les négocier avec lui-même » (ibid). Comme le soulignait l'ergothérapeute n°2 dans les résultats rapportés plus haut : « J'essaie d'être moins dans le conseil que dans la recherche de solution avec le patient. (...) Si la solution elle ne vient pas d'eux, ben c'est un coup

de bâton dans l'eau ». Cette approche est une parfaite illustration d'une relation thérapeutique horizontale, fondée sur l'idée de partenariat.

De plus, pour éviter au patient le sentiment d'être jugé, l'ergothérapeute travaillant en structure pourrait simplement s'appuyer sur la politique écoresponsable de la structure dans laquelle les patients sont pris en soin. Si l'on reprend l'exemple imaginé ci-dessus de l'atelier cuisine, l'ergothérapeute aborde le sujet comme une simple information donnée au sujet des choix écoresponsables de l'établissement, sans constater ou évaluer les habitudes de vie du patient, et en présentant simplement une autre conception de l'activité. Cette information donnée pourrait amener le patient à s'interroger ou pas, mais le sujet aura au moins eu le mérite d'être abordé, voire discuté si le patient y est réceptif. De même sur le tri des déchets, ou la diminution du plastique, démarches plus couramment rencontrées dans les institutions.

Lorsque la relation et/ou alliance thérapeutique est installée, il semblerait selon les ergothérapeutes interrogés qu'aborder ce sujet soit plus facile, levant ainsi les freins de légitimité ou de crainte du jugement. Encore faut-il avoir le temps d'installer cette relation, et c'est justement l'autre frein le plus souvent soulevé au cours des entretiens.

b. La durée de prise en soin et le changement d'habitudes

Comme nous l'avons vu dans la présentation des ergothérapeutes interrogés, la durée moyenne de prise en soins des patients est souvent selon eux de 3 ou 4 mois, rarement plus longue. Ces durées de prises en soins ne permettent souvent pas en effet d'élargir l'objet de l'intervention à des sujets annexes, la priorité étant bien entendu le sujet central de la prescription médicale. De plus, comme le soulignent deux des ergothérapeutes, la mise en place de nouvelles habitudes est en général entre 60 et 90 jours, soit quasiment le temps moyen de prise en soin. Il semblerait que cette information soit tirée, selon toutes vraisemblances, de l'étude menée par Philippa Lally et ses collaborateurs en 2010, selon laquelle il faudrait en moyenne 66 jours pour former une nouvelle habitude, ce délai pouvant varier entre 18 et 254 jours selon les individus, et selon la complexité de la nouvelle situation ou du nouveau comportement (Lally & Gardner, 2013) (Lally, Van Jaarsveld, Potts, & Wardle, 2010). En effet, plus un comportement sera complexe, plus le développement de l'automatisme sera long (Ibid.). Or l'écoresponsabilité concernant beaucoup de gestes de la vie quotidienne, et représentant un changement de paradigme sur la façon de concevoir nos occupations, nous pouvons estimer qu'il s'agit d'une situation complexe nécessitant un délai de mise en place de nouvelles habitudes qui s'inscrit dans une durée relativement longue. Ce qui signifie que, quand bien même l'ergothérapeute aurait réussi à

contribuer à une réflexion du patient sur une transition écoresponsable, il paraît difficile d'estimer l'impact de l'accompagnement du patient sur ce sujet dans ses habitudes de vie, l'ergothérapeute n'ayant pas assez de recul, comme le mentionne l'ergothérapeute n°3 (voir réponse plus haut).

Selon la DRESS (2023), en 2021 la durée moyenne d'hospitalisation en SSR était de 32 jours en secteur privé et de 35 jours en secteur public, et celle en HAD était de moins de 25 jours en secteur privé, et presque 35 jours en secteur public (DREES, 2023) (Voir graphique des durées moyennes des séjours en hospitalisation complète en 2021 en Annexe VII, page XXXIX). Il paraît donc en effet difficile en hospitalisation de pouvoir consacrer du temps à l'accompagnement du patient sur ce sujet.

Ainsi, l'argument donné par les ergothérapeutes sur la durée insuffisante de la prise en soin, notamment en cas d'hospitalisation, pour pouvoir initier des comportements écoresponsables, semble justifié dans la mesure où Philippa Lally précise : « *Les interventions visant à créer des habitudes peuvent avoir besoin d'un soutien continu pour aider les individus à adopter un comportement suffisamment longtemps pour qu'il soit ensuite adopté avec un haut niveau d'automatisme* » (traduction libre) (Ibid.).

Si certains freins sont ressortis de ces entretiens, à l'inverse sont également ressortis des leviers d'actions possibles.

2. Des leviers d'actions possibles

Le principal levier d'action qui revient de façon récurrente dans les réponses lors des entretiens pour pouvoir répondre à la recommandation de la WFOT, est l'éducation, tant des ergothérapeutes que celle des patients.

a. La formation des ergothérapeutes

La formation des professionnels de santé sur le développement durable est l'une des mesures prises par le gouvernement dans sa « Planification écologique du système de santé » du gouvernement de 2023 : « *Dans le cadre d'une étude sur la nécessité de préparer les soignants de demain aux enjeux*

environnementaux, réalisée par le Docteur Marine Sarfati¹, 96 % des étudiants interrogés² ont estimé que le changement climatique figure parmi les enjeux majeurs du XXI^e siècle. 84 % pensent que les enjeux climatiques devraient être enseignés durant les études en santé, dont 54 % de manière obligatoire » (Ministère de la Transition Ecologique et Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023). Sophie Domenjoud (2023) précise que sur cet échantillon d'étudiants interrogés en 2022, « trois quarts affirment ne pas avoir bénéficié d'enseignement sur les enjeux climatiques ou environnementaux » (Domenjoud, 2023).

Fort de ce constat, le gouvernement a donc pris les engagements suivants :

- Former tous les professionnels de santé du secteur public à la transition écologique,
- Intégrer le thème de la transition écologique et du développement durable dans la formation initiale des étudiants en santé et dans la formation continue des professionnels de chaque établissement de santé
- Diffuser les guides de bonnes pratiques existants
- Mettre en place des ateliers de sensibilisation tels que le « *Plan Health Faire®* » et la « *Fresque du Climat* ».
- Sensibiliser les patients / usagers et la population dans son ensemble à l'écoresponsabilité et comportements favorables à la santé. (Ministère de la Transition Ecologique et Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023)

Sophie Domenjoud appuie cette démarche pour la formation des ergothérapeutes : « *Dans le cadre d'une réforme des études en ergothérapie, il est important d'accorder une place notable à un enseignement sur les liens entre activité humaine, santé, justice occupationnelle, justice environnementale et climatique, transition occupationnelle, transition écologique et sociale, individuelle et communautaire, ces sujets étant au cœur des enjeux de notre époque* » (Domenjoud, 2023). Elle poursuit en détaillant les compétences que se doivent d'acquérir les étudiants, parmi lesquelles nous retrouvons : comprendre bien sûr le dérèglement climatique et son impact sur la santé, comprendre les leviers possibles de la transition écologique et le rôle que l'ergothérapeute peut jouer, identifier les facteurs impactant la performance occupationnelle et identifier des solutions concrètes en lien avec les occupations, ainsi qu' « *analyser une expérience occupationnelle dans un environnement occupationnel et collectif favorisant les activités/occupations en faveur de la transition écologique et sociale* ». (Ibid.) Elle constate « *qu'il existe, chez la plupart des étudiants, une réelle prise de conscience de l'impact des*

¹ Dans le cadre du Shift Project

² sur un échantillon de 3000 étudiants

activités humaines sur l'environnement et pas uniquement de l'environnement sur l'activité humaine » (Ibid.).

Dès lors, certains IFE ont commencé à intégrer des modules sur le développement durable, dès la première année de formation, à commencer par des ateliers sur la Fresque du Climat. Certains vont même plus loin : Sarah Thiébaut, Marie-Josée Drolet et Cécile Farny (2023) ont pris le sujet à bras le corps en créant « *une grille d'analyse de la durabilité occupationnelle ciblant l'occupation qui consiste à prendre un repas, co-construite puis expérimentée en 2021 dans les IFE français de Toulouse, de Rennes et de Paris* ». (Thiébaut, Drolet, & Farny, 2023). Le but était « *d'amener une réflexion chez l'étudiant sur la pertinence d'inclure le critère de la durabilité dans l'analyse de la performance occupationnelle* » (Ibid.). Elles expliquent que « *La grille discutée dans cet article fait partie des seuls outils actuellement disponibles en français pour soutenir l'enseignement d'une transition occupationnelle durable en ergothérapie. Cette grille amène une personne à réfléchir à l'impact d'une occupation sur l'environnement, ce qui constitue un point de départ pour s'engager dans une telle transition* » (Ibid.). Elles concluent en disant que « *l'utilisation de cette grille en formation initiale légitime l'introduction du critère de la durabilité pour enrichir la démarche d'analyse de la performance occupationnelle, compétence incontournable de l'ergothérapeute quel que soit son contexte d'exercice* » (Ibid.). Avec la création de cet outil, les auteures ont répondu avant l'heure à la mesure du gouvernement qui est de « *Diffuser largement les divers guides de bonnes pratiques et référentiels élaborés par le ministère de la Santé et de la prévention, l'ANAP et le CSIS* » (Ministère de la Transition Ecologique et Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023).

Ainsi, le sentiment de manque de légitimité éprouvé jusqu'à lors par les ergothérapeutes était en un sens justifié : en effet, comment se sentir légitime à aborder un sujet pour lequel nous n'avons pas été formés, et sans disposer d'outils, puisque jusqu'ici ceux-ci n'existaient pas ? La formation des étudiants en ergothérapie sur le développement durable et le rôle que l'ergothérapeute peut jouer pourrait donc contribuer à lever ce sentiment de manque de légitimité observé chez les ergothérapeutes actuels, se sentant ainsi plus habilités et « outillés » pour pouvoir accompagner leurs patients dans une approche écoresponsable de leurs activités. C'est ce que semble montrer l'ergothérapeute n°2, lorsqu'il dit « *je prends un peu plus d'aplomb depuis que je me suis formée en santé environnementale* ».

Mais la formation des ergothérapeutes ne suffit pas, il paraît également nécessaire d'« éduquer » les patients afin de favoriser leur transition occupationnelle écoresponsable.

b. L'éducation des patients – prévention

L'éducation thérapeutique des patients fait partie des mesures prises par le gouvernement :

« - Sensibiliser et impliquer les résidents dans les établissements médicosociaux, via notamment les Conseils de la vie sociale.

- Sensibiliser les patients, usagers et la population en général à ces initiatives favorables à la santé et la protection des écosystèmes ». (Ministère de la Transition Ecologique et Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023)

Comme évoqué plus haut, l'ergothérapeute est compétent pour participer à l'éducation thérapeutique du patient, cela correspond à la compétence C5 de la formation d'ergothérapeute à acquérir pour obtenir son diplôme (Ministère de la Santé, 2010).

Si l'on entend éducation thérapeutique du patient au sens programme normé d'ETP pour les maladies chroniques, il ne semble pas exister aujourd'hui d'après mes recherches de programme d'ETP incluant des ateliers sur l'impact de l'écoresponsabilité sur la santé. Peut-être des informations sur le lien entre développement durable et santé sont-elles incluses dans certains ateliers comme la nutrition, ou l'activité physique ? Si cela existe, je n'en ai pas l'information. Cela serait dans tous les cas intéressant de mettre en place ce type de programme en place, car l'efficacité de l'ETP sur le changement des habitudes de vie par les patients est prouvée depuis de nombreuses années, dans la mesure où elle leur confère des compétences d'autosoins et d'adaptation (HAS, 2007).

Cette éducation du patient peut passer par d'autres moyens présentés dans la première partie de ce mémoire. L'approche Co-op est notamment utilisée par l'ergothérapeute n°2 qui est formée à cette approche. Celle-ci répond parfaitement à la conception horizontale de la relation thérapeutique, en amenant le patient à réfléchir et trouver les solutions par lui-même, de même que le photo langage évoqué par l'ergothérapeute n°3.

Mais il n'est pas nécessaire d'attendre que les patients subissent les impacts du dérèglement climatique sur leur propre santé pour agir, uniquement en prévention tertiaire ou secondaire. La prévention primaire paraît de nos jours essentielle pour une prise de conscience collective du lien entre dérèglement climatique et santé. On le voit dans les réponses des ergothérapeutes interrogés, très peu de patients font le lien entre le dérèglement climatique et leur propre santé. La plupart perçoivent ce lien au niveau global, celui de la santé collective, mais rarement personnelle. Il se peut que la visibilité croissante des scandales sanitaires dans les médias permette d'accélérer cette prise de conscience et la nécessité d'adapter ses habitudes de vie. Ainsi, l'idée de l'ergothérapeute n°1 d'envisager des ateliers

de prévention primaire ayant pour sujet l'écoresponsabilité, tout comme il en existe sur la prévention des chutes pour les personnes âgées, fait tout à fait sens.

Mais cette éducation écoresponsable du patient n'est pas de la seule responsabilité de l'ergothérapeute. En effet, l'impulsion doit venir des autorités de santé au niveau étatique et local, qui doivent agir en conséquence, comme le prévoit la Planification écologique du système de santé (Ministère de la Transition Ecologique et Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023). Aujourd'hui, si l'on prend les exemples des campagnes « mangez, bougez », ou « mangez cinq fruits et légumes par jour », celles-ci sont devenues comme des mantras dans la conscience collective, et la majeure partie des individus est aujourd'hui informée de la nécessité d'avoir une alimentation équilibrée. Aujourd'hui, il existe des campagnes sur le développement durable, notamment sur la sobriété énergétique et la préservation des ressources naturelles (Ministère de la Transition Energétique, 2023), mais toutes sont axées sur le message qu'il faut sauver la planète, ce qui est déjà un premier pas. Il faudrait à mon sens aller plus loin en explicitant de manière claire et synthétique l'impact sur la santé, au même titre que les campagnes sur l'alimentation et l'activité physique, le tabac ou la sécurité routière.

La sensibilisation couplée des futurs ergothérapeutes et des patients devrait permettre dans les prochaines années de multiplier les approches écoresponsables dans l'accompagnement des patients, permettant ainsi leur prise de conscience et leur engagement dans une transition occupationnelle écoresponsable.

3. Confrontation à l'hypothèse

Pour répondre à ma problématique qui était : « *Comment l'ergothérapeute peut-il contribuer à l'engagement des patients dans une transition occupationnelle écoresponsable ?* », mon hypothèse était que :

« *L'utilisation par l'ergothérapeute d'outils permettant d'agir sur les connaissances, et par conséquent sur les croyances et les valeurs de la personne, peut contribuer à l'engagement du patient dans une transition occupationnelle écoresponsable* ».

Au vu des réponses obtenues de la part des ergothérapeutes interrogés, ainsi que du cadre de l'enquête (limitée par la Loi Jardé et par le temps), cette hypothèse n'est pas validée, dans la mesure où aucun des ergothérapeutes n'a constaté de réel engagement du patient dans une transition occupationnelle écoresponsable.

Cependant plusieurs ergothérapeutes utilisent des outils permettant d’agir sur les croyances et les valeurs des personnes, parvenant à engager un début de réflexion du patient sur le sujet qui pourrait être propice à un changement d’habitude de vie, à défaut d’un véritable engagement dans une transition occupationnelle écoresponsable. Mais comme le souligne l’un des ergothérapeutes, la durée de la prise en soin ne permet pas d’avoir le recul nécessaire pour évaluer l’impact de l’action de l’ergothérapeute sur les habitudes de vie du patient relatives à ce sujet.

L’analyse et la discussion des résultats doivent aussi être prises en compte à la lumière des limites que présente mon enquête.

4. Limites et apports de l’enquête

Plusieurs limites à cette enquête peuvent être soulevées :

- La taille de l’échantillon tout d’abord : je n’ai réussi à trouver que quatre ergothérapeutes susceptibles de me répondre et qui rentraient dans mes critères de sélection. Il serait intéressant de voir si l’on constate une divergence de réponses avec un nombre plus conséquent de répondants.

- Cette enquête présente également un biais de représentativité : trois sur quatre des répondants exercent en région parisienne, et un seul exerce dans une autre région. Il serait instructif de voir si dans les autres régions fortement touchées par le réchauffement climatique (comme dans le Nord avec les inondations à répétitions, ou dans le Sud avec des épisodes réguliers de sécheresse accrue et les restrictions d’eau qui en découlent), les patients font davantage le lien entre réchauffement climatique et santé, et si les ergothérapeutes interviennent avec une approche écoresponsable plus poussée auprès de leurs patients. De même, les ergothérapeutes interrogés interviennent soit à domicile, soit en structure hospitalière, et il aurait été intéressant d’interroger des ergothérapeutes ayant d’autres lieux d’intervention.

- De plus, en termes de sélection, trois sur quatre des ergothérapeutes interrogés également font partie du R2DE. Cela peut constituer un biais de sélection dans la mesure où ces trois ergothérapeutes ont probablement une conscience écoresponsable de leur métier plus prononcée que ceux qui n’en font pas partie, et sont plus sensibles au rôle que l’ergothérapeute peut jouer dans l’évolution écoresponsable des habitudes de vie des patients. Il aurait été donc également intéressant de trouver plus d’ergothérapeutes ayant une approche écoresponsable sans faire partie du R2DE, pour voir si les réponses divergent ou non.

- Cette enquête peut également présenter un biais méthodologique, dans la mesure où dans ma grille d'entretien, j'ai demandé aux ergothérapeutes s'ils agissaient sur les valeurs des patients, alors que les outils utilisés permettent d'agir davantage sur les connaissances et les croyances que directement sur les valeurs. Or dans le MOH qui a guidé ma réflexion et la construction de ma grille d'entretien, les valeurs font partie de la volition qui est un facteur déterminant de la participation occupationnelle, c'est-à-dire de l'engagement du patient. Voilà pourquoi j'ai employé le mot « valeur ». Par conséquent, les réponses seraient peut-être différentes si j'avais davantage employé le mot « croyances » ou « connaissances » au lieu de « valeurs ».

- De plus, ma grille d'entretien peut également présenter un biais de désirabilité sociale, notamment lorsque je questionne le positionnement des ergothérapeutes interrogés sur la déclaration de la WFOT ou sur la notion de « *dark occupations* ». Ceux-ci peuvent avoir répondu qu'ils sont d'accord par volonté de se présenter sous un jour positif et de donner une réponse conforme selon eux à ce que j'attendais d'eux .

- La durée moyenne d'intervention de chaque répondant est de 3-4 mois. Nous l'avons vu dans leurs réponses, ce temps n'était très souvent pas suffisant pour pouvoir aborder le sujet plus en profondeur avec le patient, ou avoir le recul nécessaire pour évaluer l'impact de l'accompagnement écoresponsable quand celui-ci pouvait être initié. Il serait donc également instructif de pouvoir interroger des ergothérapeutes ayant un suivi des patients plus long pour voir s'ils observent une transition occupationnelle écoresponsable chez leurs patients.

- Enfin, j'avais exclu de mes critères de sélection les ergothérapeutes travaillant en santé mentale ou plus largement auprès de patients ayant un trouble susceptible d'altérer leur jugement, afin d'éviter le grief de risque d'influence de l'ergothérapeute sur son patient. Or les prises en soin en santé mentale sont plus longues (DRESS, 2023) (Annexe VII, page XXXIX), et portent sur des interventions thérapeutiques souvent plus en lien avec des activités de plein air, comme les sorties en extérieur ou le jardinage, qui sont des activités propices à l'éveil d'une réflexion écoresponsable de sa santé. Il serait donc intéressant de voir si les patients en santé mentale ont davantage conscience du lien entre développement durable et santé, et si les ergothérapeutes observent chez eux une transition écoresponsable dans leurs occupations.

Cependant, malgré ses limites, cette enquête présente quelques apports. En effet, celle-ci a permis de :

- mettre en lumière d'autres outils qui semblent tout aussi adéquats,

- montrer que les ergothérapeutes interrogés parviennent malgré tout à investir ces outils et à mobiliser les ressources nécessaires et disponibles pour intégrer une approche écoresponsable dans l'accompagnement du patient dès que cela est possible,

- et que les patients ne semblent pas réticents à ce type d'approche.

Cela laisse donc la porte ouverte à la faisabilité de ce type d'accompagnement, avec l'espoir d'une issue favorable à l'écoresponsabilité en matière de santé.

De plus, cette enquête porte sur un sujet innovant en ergothérapie, et porte surtout sur un axe qui n'a pas ou très peu été traité jusqu'ici, à savoir l'accompagnement du patient dans une transition occupationnelle écoresponsable.

Enfin, cette enquête a le mérite, selon leurs dires, de susciter une réflexion chez les personnes avec lesquelles je me suis entretenue à ce sujet, que ce soit les répondants ou d'autres ergothérapeutes, et tous ont trouvé intéressant d'aborder ce sujet sous cet angle.

5. Pistes de réflexion

Cette enquête a fait émerger plusieurs outils susceptibles d'être mis en place pour accompagner le patient dans une réflexion écoresponsable de ses occupations. Ainsi ont été cités par les répondants l'approche Co-Op, l'OSA et le photo-langage, outils permettant au patient de réfléchir par lui-même, gage d'une meilleure adhésion et engagement du patient dans le sujet travaillé. Il pourrait être intéressant d'effectuer une étude comparative de ces différents outils pour évaluer le plus efficace en termes d'impact sur la prise de conscience des patients entre développement durable et santé, et sur leur engagement dans une transition occupationnelle écoresponsable.

Dans une perspective beaucoup plus large, plusieurs auteurs appellent à un élargissement du périmètre d'intervention de l'ergothérapeute au-delà du champ du handicap. « *L'analyse de l'occupation, compétence spécifique de l'ergothérapeute, peut être mise à profit dans ce sens [soutenir une transition occupationnelle écoresponsable chez les personnes accompagnées]. Il s'agit là d'un élargissement du domaine de compétence habituel de l'ergothérapeute qui, à terme, le conduirait à accompagner d'autres populations, en dehors du champ du handicap* » (Thiébaud, Drolet, & Farny, 2023). Cette extension du champ d'intervention des ergothérapeutes permettrait de ne plus agir sur prescription médicale et de lever le dilemme de l'ergothérapeute. Cependant, face au nombre insuffisant d'ergothérapeute à l'heure actuelle en France, poussant les autorités sanitaires à ouvrir de

nouveaux IFE chaque année pour pourvoir à la demande croissante d'ergothérapeutes, il paraît encore prématuré qu'une telle extension soit mise en place, du moins en France.

Enfin, une évolution naturelle à ce mémoire serait de mener la même enquête d'ici quelques années, afin de voir l'évolution des résultats maintenant que tous les ergothérapeutes vont être formés au développement durable.

Conclusion

Les pratiques durables et l'accompagnement des patients dans une approche écoresponsable de leurs occupations, encore qualifiés de pratiques « émergentes », font l'objet de plus en plus d'écrits et répondent à un besoin de plus en plus urgent d'agir. Si la théorie avance, en revanche sur le terrain la démarche est encore très timide et sporadique, et très ergothérapeute-dépendante. Malgré tout, l'intégration dans les cursus de formation des futurs ergothérapeutes de cours sur l'impact du réchauffement climatique et sur les pratiques durables pourra permettre de réduire le manque de légitimité ressenti par les ergothérapeutes, principal frein interne nous l'avons vu à la mise en place d'une approche écoresponsable dans l'accompagnement des patients. De plus, le thème des prochaines Assises Nationales de l'Ergothérapie « *Transformations sociales et environnementales : re-penser les occupations* » de septembre 2024 montre la place de plus en plus importante accordée à cette thématique, et montre l'évolution nécessaire de nos modes de pensée en faveur de l'écoresponsabilité, enjeu sanitaire majeur.

Mon mémoire avait pour objectif de déterminer comment l'ergothérapeute pouvait contribuer à l'engagement du patient dans une transition occupationnelle responsable. Bien que mon hypothèse ne soit pas validée, cette enquête a permis de montrer avant tout qu'une telle démarche était néanmoins possible, et qu'elle faisait réfléchir les ergothérapeutes interrogés, qui ont montré de leur propre aveu un réel intérêt à notre entretien.

A titre personnel, à la suite de ce travail d'initiation à la recherche sur cette thématique, j'ai opéré de nombreux changements dans mes habitudes de vie, consciente désormais des travers du dérèglement climatique sur ma santé et celles de mes proches, et de ma responsabilité individuelle dans ce dérèglement. Ces nouvelles connaissances ont permis l'émergence d'une réflexion et d'une motivation à agir de façon plus écoresponsable pour préserver ma santé.

Mais en tout état de cause, bien qu'expert de l'occupation, la responsabilité de la transition occupationnelle écoresponsable des individus ne saurait peser sur les seules épaules de l'ergothérapeute. Il appartient aux autorités sanitaires centrales et locales d'agir auprès du grand public pour une prise de conscience collective mais surtout individuelle, donnant un pouvoir d'agir à chaque individu sur sa propre santé, objectif de toute action de prévention et de promotion de la santé. Gageons que les récents scandales sanitaires joueront un rôle d'accélérateur dans cette prise de conscience. Il pourrait être d'ailleurs intéressant de mesurer l'impact de ces scandales sanitaires sur ce pouvoir d'agir, qui faciliterait ainsi la capacité de l'ergothérapeute à répondre la déclaration de la WFOT. L'information

et la prévention sont donc des éléments clés pour parvenir à adopter de nouvelles habitudes de vie et lever la résistance au changement.

Enfin, le tout dernier rapport du Shift Project consacré au secteur de l'autonomie, paru dans sa version finale le 4 avril dernier, a le mérite de mettre l'accent sur ce secteur, en proposant des actions concrètes pour parvenir à réduire son impact sur le dérèglement climatique (The Shift Project, 2024). Il reprend pour cela des mesures déjà proposées dans son précédent rapport, et met également l'accent sur la mise en place de réseaux d'économies circulaires afin de proposer des aides techniques de seconde main. Cependant, ces actions, hormis la proposition d'aides techniques de seconde main, restent focalisées sur l'axe de l'exercice professionnel des professionnels de santé travaillant dans le secteur de l'autonomie, mettant de côté le sujet de l'accompagnement du patient dans une démarche écoresponsable de ses habitudes de vie, et nous laissant ainsi sur notre faim. Cela étant, il est parfaitement understandable que le Shift Project ne soit pas en mesure de porter ce sujet, puisque son rapport s'adresse à tous les professionnels de santé intervenant dans le secteur de l'autonomie, et pas seulement aux ergothérapeutes. De plus, il porte sur des données quantifiables, quand l'accompagnement des patients dans une démarche écoresponsable serait plutôt une donnée qualitative. Cependant, maintenant que la prise en compte du développement durable dans l'exercice de la profession est très bien documentée et que le sujet est pris à bras le corps par les acteurs concernés, les ergothérapeutes et instances ergothérapiques, qu'elles soient internationales ou nationales, pourraient maintenant être invitées à se pencher davantage sur les moyens et approches permettant l'accompagnement du patient en vue d'une transition écoresponsables de ses activités quotidiennes, en validant et promouvant la création ou l'adaptation d'outils en vue d'aider tous les ergothérapeutes à atteindre cet objectif.

Bibliographie

- Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (ADEME). (2022, Novembre 6). *Baromètre sur les « Représentations sociales du changement climatique »*. Communiqué de presse. Récupéré sur https://presse.ademe.fr/wp-content/uploads/2022/11/20221027_ADEME_CP_Barometres_vdef.pdf
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). (2023, 03 23). *One Health*. Récupéré sur [www.anses.fr](https://www.anses.fr/fr/content/one-health-une-seule-sante-pour-les-etres-vivants-et-les-ecosystemes): <https://www.anses.fr/fr/content/one-health-une-seule-sante-pour-les-etres-vivants-et-les-ecosystemes>
- Aoyama, M. (2014). Occupational therapy and environmental sustainability. *Australian Occupational Therapy Journal*(61), 458–461.
- Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). (2023, Avril). *La plateforme ECOTECH : un projet in situ d'économie circulaire des aides techniques à l'hôpital Broca AP-HP*. Récupéré sur [www.aphp.fr](https://www.aphp.fr/actualite/la-plateforme-ecotech-un-projet-situ-deconomie-circulaire-des-aides-techniques-lhopital): <https://www.aphp.fr/actualite/la-plateforme-ecotech-un-projet-situ-deconomie-circulaire-des-aides-techniques-lhopital>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2019, Novembre). Les règles professionnelles des ergotherapeutes. Récupéré sur [anfe.fr](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Les_regles_professionnelles_des_ergotherapeutes.pdf): https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Les_regles_professionnelles_des_ergotherapeutes.pdf
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2014). La profession d'ergothérapeute. Récupéré sur [www.anfe.fr](https://anfe.fr/la-profession/): <https://anfe.fr/la-profession/>
- Beauvais, C. (2019, Juillet). L'entretien motivationnel : une aide pour améliorer l'adhésion thérapeutique. *Revue du Rhumatisme, Volume 86*(4), 319-321.
- Brown, R. (2018). Resisting Moralisation in Health Promotion. *Ethical Theory and Moral Practice*, 21, 997–1011.
- Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé. (1986, Novembre 21). Récupéré sur <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>

- Conseil Economique Social et Environnemental (CESE). (2019). *Avis du CESE : Les maladies Chroniques*. Récupéré sur https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf
- Dab, W. (2020). *Santé et Environnement*. Paris : Presses universitaires de France.
- De Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Méthodes en sciences humaines* (éd. 3). Paris : De Boeck Université.
- De Singly, F. (1992). *Le questionnaire* (éd. 5). Paris : Armand Colin.
- Désormeaux-Moreau, M., Simard, M.-K., & Thibault, V. (2021). Le rôle de l'ergothérapeute dans la promotion et le soutien des transitions occupationnelles durables : Une menace pour l'identité professionnelle collective ? *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 7(2), 1.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (2023). *Les dépenses de santé en 2022 - Fiche 5 Le secteur hospitalier*. Panoramas de la DRESS - Santé.
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluations et des Statistiques (DREES). (2022, Septembre). *L'état de santé de la population en France*. Récupéré sur www.drees.solidarites-sante.gouv.fr: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>
- Domenjoud, S. (2023, Avril). Former les étudiants en ergothérapie aux enjeux climatiques : expérience à l'IRFE de La Réunion s'appuyant sur une approche centrée sur les occupations, la santé et l'injustice occupationnelle. *ErgOTHérapies*(89), 61-74.
- Domenjoud, S., & Clavreul, H. (2023, Avril). Repenser le concept d'environnement en ergothérapie. *ErgOTHérapies*(89), 25-36.
- Drolet, M.-J., & Désormeaux Moreau, M. (2022, novembre 14). La transition écologique : apports de la science de l'occupation et de l'éthique épicurienne. *Éducation relative à l'environnement [En ligne]*, Volume 17-2. Consulté le Septembre 23, 2023, sur <http://journals.openedition.org/ere/8867>
- Drolet, M.-J., & Lafond, V. (2022). Soutenir les valeurs d'écoresponsabilité et de justice occupationnelle intergénérationnelle dans un contexte clinique : un devoir pour l'ergothérapeute ? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(2), 26-35.
- Drolet, M.-J., & Turcotte, P.-L. (2021, Janvier). Crise climatique et ergothérapie : pourquoi être écoresponsable et comment y parvenir? *Revue annuelle d'ergothérapie*(13),. 3-12.

- Drolet, M.-J., Thiébaud, S., Ung, Y., Soubeyranet, M., & Tremblay, L. (2020). Favoriser le changement des habitudes de vie pour plus de durabilité et de justice occupationnelle intergénérationnelle : analyse éthique de trois modèles ergothérapeutiques. *Ethica, Volume 23*(2), 77-106.
- Ecologie. (2023). Dans *Dictionnaire Le Robert*. Paris. Récupéré sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/ecologie>
- Engagement. (2024). Dans *Encyclopédie Universalis*. Paris. Récupéré sur <https://www.universalis.fr/encyclopedie/engagement/>
- Environnement. (2023). Dans *Dictionnaire Le Larousse*. Paris. Récupéré sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/environnement/30155>
- Fortini, C., & Daeppen, J.-B. (2011, 3). L'entretien motivationnel : développements récents. *Psychothérapies, 31*, 159 - 165.
- Grimaldi, A. (2009). L'éducation thérapeutique : une partie qui se joue à quatre. *Cahier de nutrition et de diététique, 44*, 62 - 66.
- Grimaldi, A. (2012). L'éducation thérapeutique en question. *Le Journal des psychologues, 295*, pp. 24-28.
- Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat (GIEC). (2014). *Changements climatiques 2014, Rapport de synthèse*. Récupéré sur https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/02/SYR_AR5_FINAL_full_fr.pdf
- Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat (GIEC). (2023). *Rapport de synthèse AR6*. Récupéré sur https://report.ipcc.ch/ar6syr/pdf/IPCC_AR6_SYR_SPM.pdf
- Guihard, J.-P. (2007). Ecologie thérapeutique ou thérapie écologique. En ligne. Récupéré sur <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/eval-ecologie.pdf>
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2009). *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*. Récupéré sur https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_prisprotchronique.pdf
- Haute Autorité de Sante (HAS). (2007, Juin). *Education thérapeutique du patient, définition, finalités et recommandations*. Récupéré sur www.has-sante.fr: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

- Health Care Without Harm (HCWH). (2019). *L'empreinte climatique du secteur de la santé*. Récupéré sur https://healthcareclimateaction.org/sites/default/files/2021-11/French_HealthCaresClimateFootprint_091619_web.pdf
- Ikiugu, M., Westerfield, M., Lien, J., Theisen, E., Cerny, S., & Nissen, R. (2015). Empowering people to change occupational behaviours to address critical global issues: Habiliter les gens à changer leurs comportements occupationnels en vue d'aborder les grands enjeux mondiaux. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 3(82), 194-204.
- Kasotia, P. (2023, Janvier 03). *Les effets du réchauffement climatique sur la santé : Les pays en développement sont les plus vulnérables*. Récupéré sur <https://www.un.org/fr:https://www.un.org/fr/chronicle/article/les-effets-du-rechauffement-climatique-sur-la-sante-les-pays-en-developpement-sont-les-plus>
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: theory and application* (éd. 4e). Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Kiepek, N. (2021). Innocent observers? Discursive choices and the construction of "occupation". *Journal of Occupational Science*, 28(2), 235-248.
- Kiepek, N., Beagan, B., & Harris, J. (2018, Mars). A pilot study to explore the effects of substances on cognition, mood, performance, and experience of daily activities. *Performance Enhancement & Health*, 6(1), 3-11.
- Lally, P., & Gardner, B. (2013). Promoting habit formation. *Health Psychology Review*, 7(1), 137-158.
- Lally, P., Van Jaarsveld, C., Potts, H., & Wardle, J. (2010). How are habits formed : Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40, 998-1009.
- Laurin, C., & Lavoie, K. L. (2011). L'entretien motivationnel et les changements de comportements en santé. *Perspectives psychiatriques*, 50(3), 231-237.
- Law, M., Steinwender, S., & Leclair, L. (1998). Occupation, Health and Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 81-91.
- Lefebvre, A. (2023). Les leviers et les freins à l'application de pratiques durables en ergothérapie en France. *Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie*. Institut de formation en ergothérapie La Musse.

- Marfella, R., Prattichizzo, F., Sardu, C., Fulgenzi, G., Graciotti, L., Spadoni, T., . . . Paolisso, G. (2024, Mars 6). Microplastics and Nanoplastics in Atheromas and cardiovascular Events. *The New England Journal of Medicine*, 390(10).
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Mignet, G., & Doussin, A. (2024). *Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine*. Consulté le Avril 20, 2024, sur Centre de référence du Modèle de l'Occupation Humaine: <https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2024/01/Schema-MOH-2024-couleurs-France.png>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *L'Entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement*. Paris, InterEditions.
- Ministère de la Santé. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). Santé et environnement. Récupéré sur www.sante.gouv.fr: <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/>
- Ministère de la Transition Ecologique. (2023, Juillet 31). *Comprendre le GIEC*. Récupéré sur Ecologie.gouv.fr: <https://www.ecologie.gouv.fr/comprendre-giec>
- Ministère de la Transition Ecologique et Ministère des Solidarités et de la Santé. (2023). *Planification écologique du système de santé*. Feuille de route. Récupéré sur <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/planification-ecologique-du-systeme-de-sante-feuille-de-route-mai-2023.pdf>
- Ministère de la Transition Energétique. (2023, Octobre 24). *Une campagne pour promouvoir la sobriété énergétique*. Récupéré sur www.info.gouv.fr: <https://www.info.gouv.fr/actualite/une-campagne-pour-promouvoir-la-sobriete-energetique>
- Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et des Droits des femmes. (2014, Septembre 23). Portfolio de l'étudiant en ergothérapie. *Annexe VI de l'arrêté du 23 septembre 2014*.
- Modèle de l'Occupation Humaine. (s.d.). Récupéré sur Centre de référence du Modèle de l'Occupation Humaine: <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie - Introduction aux concepts fondamentaux* (éd. 2ème édition). Paris: De Boeck Supérieur.

- Morris, K., & Cox, D. (2017). Developing a descriptive framework for "occupational engagement". *Journal of Occupational Science*, 24(2), 152-164.
- Organisation des Nations Unies (ONU). (2021). En quoi consistent les changements climatiques ?
Récupéré sur Nations Unies: <https://www.un.org/fr/climatechange/what-is-climate-change>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1946). *Constitution*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1996). *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2015). Les Objectifs de Développement Durable. Récupéré sur [www.who.int](https://www.who.int/europe/fr/about-us/our-work/sustainable-development-goals#:~:text=Les%20objectifs%20de%20d%C3%A9veloppement%20durable,la%20justice%20et%20la%20prosp%C3%A9rit%C3%A9): <https://www.who.int/europe/fr/about-us/our-work/sustainable-development-goals#:~:text=Les%20objectifs%20de%20d%C3%A9veloppement%20durable,la%20justice%20et%20la%20prosp%C3%A9rit%C3%A9>.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2023, Octobre 12). Changement climatique et santé. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health#:~:text=Entre%202030%20et%202050%2C%20on,stress%20li%C3%A9%20%C3%A0%20la%20chaleur>.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2023, Octobre 12). *Changement climatique et santé*. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health#:~:text=Entre%202030%20et%202050%2C%20on,stress%20li%C3%A9%20%C3%A0%20la%20chaleur>.
- Pin, C. (2023). L'entretien semi-directif. *Fiches méthodologiques du LIEPP*.
- Polatajko, H., Mandich, A., & Cantin, N. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : l'approche CO-OP guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien*. Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.
- Porte, L., Voisin, M., & Cornec, M. (2023, Avril). Pratique durable en ergothérapie : la création d'une plaquette de pratiques écoresponsables en rééducation et en réadaptation. *ErgOTHérapies*(89), 49-59.
- Réseau pour le développement durable en ergothérapie (R2DE). (2017). Récupéré sur <https://r2dergo.wixsite.com/r2de>

- Rushford, N., & Thomas, K. (2016). Occupational stewardship: Advancing a vision of occupational justice and sustainability. *Journal of Occupational Science*, 23(3), 295–307.
- Santé Publique France. (2019, Mai 28). *Que sait-on des effets des perturbateurs endocriniens sur la santé*Récupéré sur <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/perturbateurs-endocriniens/articles/que-sait-on-des-effets-des-perturbateurs-endocriniens-sur-la-sante#:~:text=Via%20ces%20effets%2C%20ils%20sont,m%C3%Aame%20tr>
- Santé Publique France. (2022, Avril 8). *Changement climatique : un enjeu prioritaire de santé publique*. Récupéré sur [www.santepubliquefrance.fr: https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/changement-climatique-un-enjeu-prioritaire-de-sante-publique](https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/changement-climatique-un-enjeu-prioritaire-de-sante-publique)
- Senathirajah, K., Attwood, S., Bhagwat, G., Carbery, M., Wilson, S., & Palanisami, T. (2021). Estimation of the mass of microplastics ingested – A pivotal first step towards human health risk assessment. *Journal of hazardous materials*, Vol.404 (Pt B),.124004.
- Taylor, R., Bowyer, P., & Fisher, G. (2024). *Kielhofner's Model of Human Occupation (Sixth edition)*. Wolters Kluwer.
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur.
- Tétreault, T. S., Guillez, P., Izard, M.-H., & Morel-Bracq, M.-C. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur.
- The Shift Project. (2021). *Décarboner la santé pour soigner durablement*. Récupéré sur https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante_v2.pdf
- The Shift Project. (2024). *Décarbonons le secteur de l'autonomie*. Récupéré sur <https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2024/04/240404-Rapport-Decarbonons-lAutonomie-The-Shift-Project-1-1.pdf>
- Thiébaud, S. (2023, Avril). Le développement durable est-il à remiser au placard ? Repères terminologiques pour une conscience environnementale. *ErgoThérapies*(89), 7-11.
- Thiébaud, S., Drolet, M.-J., & Farny, C. (2023, Avril). Du repas à la planète : évaluation d'une grille d'analyse de la durabilité d'une occupation en ergothérapie. *ErgoThérapies*(89), 13-23.

- Thurston, G., Kipen, H., Annesi-Maesano, I., Balmes, J., Brook, R., Cromar, K., . . . Brunekreef, B. (2017). A joint ERS/ATS policy statement: what constitutes an adverse health effect of air pollution? An analytical framework. *European Respiratory Journal*, 49(1).
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Enabling occupation II : advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Trouvé, E. C., Poriol, G., Riou, G., Caire, J.-M., Guilloteau, N., Exertier, C., & Marchalot, I. (2019). *Participation, occupation et pouvoir d'agir, plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. ANFE Editions.
- Twinley, R. (2013). The dark side of occupation: A concept for consideration. *Australian Occupational Therapy Journal*(60), 301–303.
- Twinley, R., & Addidle, G. (2012, Avril). Considering violence: the dark side of occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(4), 202-204.
- Voisin, M., Forcier, C., & La Tour, H. (2023, Avril). Pratique durable en ergothérapie : la création d'un annuaire des structures de l'économie circulaire des aides techniques (ASECAT). *ErgOThérapies*(89), 37-47.
- Wagman, P. (2014). The Model of Human Occupation's usefulness in relation to sustainable development. *British Journal of Occupational Therapy*, 77 (3), 165-167.
- Whittaker, B. (2012). Sustainable global wellbeing: a proposed expansion of the occupational therapy paradigm. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(9), 436-439.
- World Commission on Environment and Development (Commission mondiale sur l'environnement et le développement). (1987). *Our Common future (Notre avenir à tous) - Rapport Brundtland*. Presses universitaires d'Oxford.
- World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2012). Déclaration de position : Développement Durable - Pratique Visant la Durabilité en Ergothérapie. Récupéré sur <https://www.wfot.org/resources/environmental-sustainability-sustainable-practice-within-occupational-therapy>
- World Federation Of Occupationnal Therapists. (s.d.). *About occupational therapy*. Récupéré sur [www.wfot.org: https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy](https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy)

World Wildlife Fund (WWF). (2019). *De la nature aux humains : jusqu'où iront les plastiques ? Revue des études existantes sur l'ingestion de plastiques par les humains*. WWF.

Annexes

Numéro	Titre	Page
Annexe I	Déclaration de positionnement de la WFOT (2012)	Page II
Annexe II	Guide d'entretien	Page V
Annexe III	Diagramme de flux	Page IX
Annexe IV	Formulaire de consentement	Page X
Annexe V	Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute n° 2	Page XII
Annexe VI	Grille d'analyse	Page XXXIII
Annexe VII	Graphique des durées moyennes de séjours en hospitalisation complète en 2021	Page XXXIX

Annexe I – Déclaration de la WFOT - 2012



DÉCLARATION DE POSITION

Developpement Durable – Pratique Visant la Durabilite en Ergotherapie

Introduction quant aux objectifs de ce document

Ce document décrit la position de la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (WFOT) concernant le développement durable. Il est essentiel que les ergothérapeutes, dans leurs rôles centrés sur l'occupation et la performance occupationnelle, travaillent en tenant compte du développement durable tant dans la profession qu'avec les clients et les communautés.

C'est un challenge pour les ergothérapeutes de faciliter le développement humain¹ et le bien-être individuel tout en mettant en avant un bien-être conforme au développement durable. Cet élément nous offre de nouvelles opportunités visant à réaligner la pratique de l'ergothérapie sur des problématiques générales.

Quelle est la position adoptée ?

Les changements climatiques² sont considérés comme un des plus grands défis liés au bien-être des êtres humains³. La WFOT reconnaît les interrelations entre le changement du climat, la santé en général et le développement durable. Les agendas économiques, sociaux et environnementaux doivent être coordonnés afin de répondre aux besoins quotidiens de la population mondiale sans mettre en danger les possibilités des populations futures de répondre à leurs besoins⁴.

La WFOT reconnaît que les changements climatiques d'origine humaine, l'utilisation abusive de ressources naturelles non-renouvelables, la diminution de la biodiversité, la surpopulation et les tendances démographiques telles qu'une répartition inégale de la richesse ont provoqué une crise du développement durable. La WFOT encourage les ergothérapeutes et les étudiants en ergothérapie à utiliser leurs connaissances et leur expertise des occupations et des performances occupationnelles afin de prendre part à la résolution de ces problèmes majeurs et globaux.

La WFOT est d'accord avec la position⁵ que le développement durable soutient tous les aspects du bien-être humain, décrit en tant que satisfaction matérielle de base, liberté d'action et de choix, santé, sécurité et bonnes relations sociales.

La WFOT soutient⁶ l'adoption d'une perspective globale qui agisse sur les valeurs suivantes de la santé dans le monde⁷ :

- Interdépendance : que toutes les personnes sont en interrelations et ont les mêmes valeurs, que nous pouvons apprendre les uns des autres et interagir avec respect mutuel et bénéfice mutuel

- Indépendance : qu'une personne peut vivre une vie qu'elle apprécie, basée sur son identité individuelle
- Droits : que la santé est un droit humain fondamental, y compris les concepts de justice, de transparence et de responsabilité.

Quelle est la signification pour l'ergothérapie ?

La WFOT demande aux ergothérapeutes de travailler avec des individus et des communautés pour créer une société dans laquelle tous les individus poursuivent leurs objectifs occupationnels individuels d'une manière durable.

Les ergothérapeutes sont encouragés à réévaluer les modèles de pratique et d'élargir le raisonnement clinique sur les performances occupationnelles afin d'y inclure une pratique visant la durabilité.

Le projet de la WFOT sur la préparation et la réponse aux catastrophes soutient les ergothérapeutes dans les pays atteints par les impacts négatifs du changement climatique afin de cibler leur pratique sur l'adaptation des besoins environnementaux. De même, la WFOT encourage les ergothérapeutes travaillant avec des clients désirant vivre de manière plus durable, de promouvoir des performances occupationnelles et des manières de vivre plus durables pour l'environnement⁸.

Quelle est la signification pour la société ?

L'inclusion d'une perspective de développement durable permettra à l'ergothérapie de jouer un rôle important à l'égard d'une vision de sociétés durables pour l'environnement, justes et saines.

Défis et stratégies pour l'ergothérapie

- La formation a été identifiée comme étant l'un des moyens les plus efficaces pour créer un changement culturel sur le climat⁹. Le développement de nouveaux supports de formation est recommandé.
- La recherche est nécessaire pour développer les preuves (EBP) émergentes autour de la performance occupationnelle durable et de la pratique visant la durabilité de l'ergothérapie. De nouveaux partenariats de recherche sont nécessaires entre différentes disciplines et les pays membres.
- Les associations nationales peuvent soutenir les bonnes pratiques (best-practice) de développement durable selon leur contexte environnemental, social et économique. Les associations nationales sont encouragées à partager des exemples de bonnes pratiques de développement durable.

Conclusion

Cette prise de position décrit la position de la WFOT sur les défis globaux actuels qui poussent les ergothérapeutes à s'engager dans une pratique de développement durable.

Références

- ¹ Nussbaum, M.C. [2003] 'Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice', *Feminist Economics*, 9(2/3), p.33-59.
- ² Intergovernmental Panel on Climate Change. [2007] *Climate change 2007: The physical science basis: Summary for policy makers*. Geneva: IPCC Secretariat.
- ³ UCL Lancet Commission. [2009] 'Managing the health effects of climate change', *The Lancet*, 373(9676), p.1693-1733.
- ⁴ World Commission on Environment and Development. [1987] *Our Common Future: Brundtland Report*. Oxford: Oxford University Press.

- ⁵ Millennium Ecosystem Assessment. (2005) *Ecosystems and Human Well-Being: Current State and Trends: Findings of the Condition and Trends Working Group*. Hassan R, Scholes R and Ash N (Eds). London: Island Press.
- ⁶ World Federation of Occupational Therapists (WFOT). (2006) *Position statement on human rights*. Forrestfield Au: World Federation of Occupational Therapists.
- ⁷ Crisp, N. (2010) *Turning the world upside down: The search for global health in the 21st century*. London: Royal Society of Medicine Press.
- ⁸ Dieterle, C. (2009) Green Lifestyle Redesign®: A wellness program for environmental sustainability. *Poster session presented at the 89th Annual Conference of the American Occupational Therapy Association, Houston, Texas, 23-26 April 2009*.
- ⁹ Orr, D. (2009) *Down to the wire: Confronting climate collapse*. Oxford: Oxford University Press.

Approuvé par: The WFOT Council Meeting, Taiwan, March 2012.

TR : Isabel Margot-Cattin, Switzerland, January 2013.

RV : Claire Valentin, Belgium, January 2013; Rozenn Botokro, France, February 2013.

Annexe II – Grille d’entretien

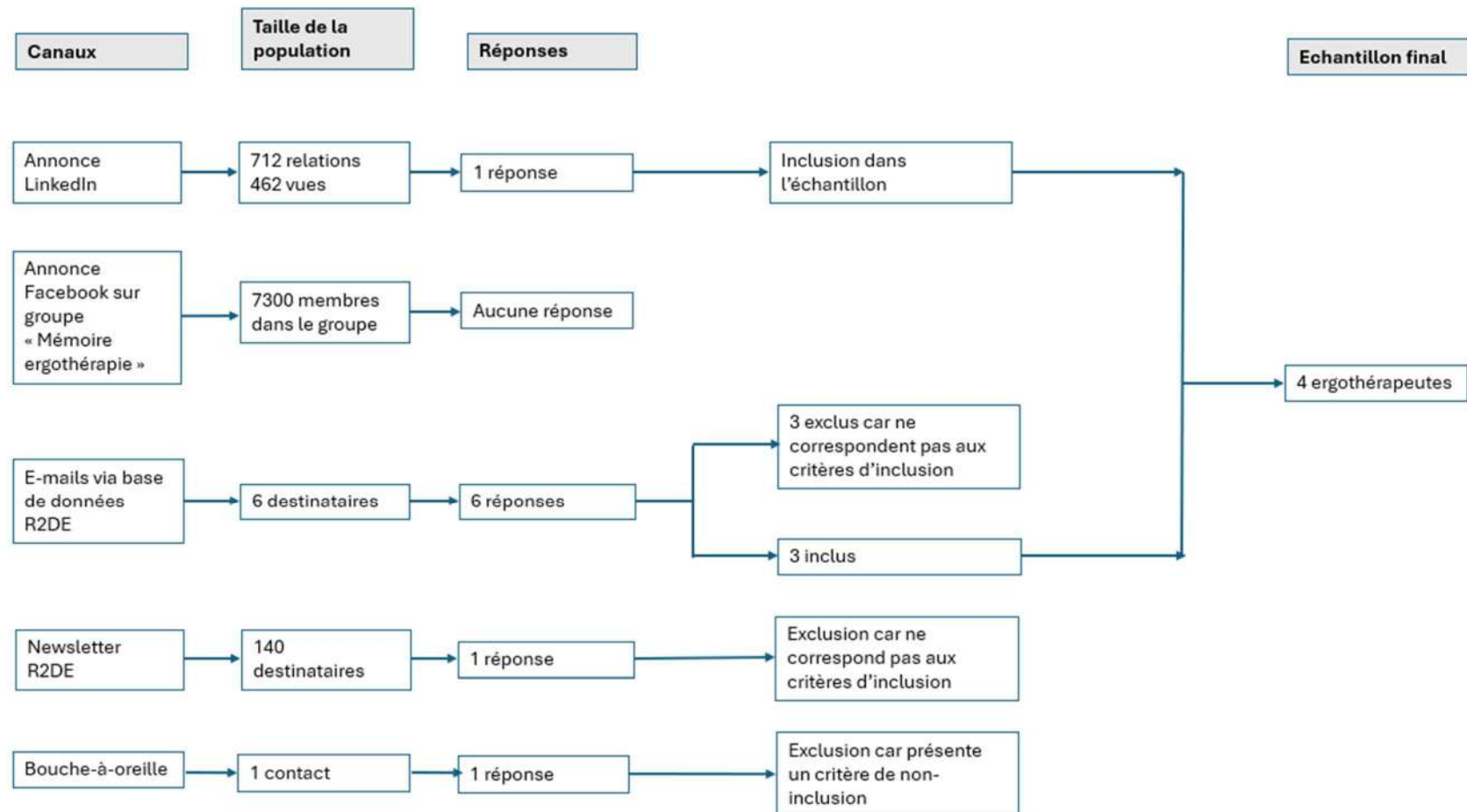
Objectifs	Questions	Critères d’évaluations d’atteinte objectifs	Questions de relance
Profil de l'ergothérapeute			
1 - Connaître le profil de l'ergothérapeute interrogé	1 - Pouvez-vous vous présenter ?		
	2 - Combien d'années d'expérience professionnelle avez-vous ?	Années d'expérience	En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'ergo ?
	3 - Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre dernier poste ?	Ancienneté dans le poste	En quelle année avez-vous pris vos dernières fonctions ?
	4 - Où travaillez-vous ?	Lieu d'exercice (géographique)	Dans quelle région de France ?
		Type de structure	Dans quel type de structure travaillez-vous ?
	5 - Quelle typologie de patients avez-vous en soin ?	Typologie de patients : adultes	De quelles pathologies sont atteints vos patients ? (Handicap physique, maladies chroniques, troubles cognitifs (ex : AVC), troubles psychiques, autres ...) L'âge moyen de vos patients ? Quels sont les objectifs de la PEC ? (rééducation ? Réadaptation ? Aménagement du domicile ? Autres ?) Quelle est la durée de la PEC ? (3 semaines ? 3 mois ?)
	6 - Etes-vous membre du Réseau pour le développement durable en ergothérapie (R2DE) ?	Affiliation à un groupe/réseau	Etes-vous membre d'un autre réseau/groupe (ergo ou non) en lien avec le développement durable ?

Objectifs	Questions	Critères d'évaluations d'atteinte objectifs	Questions de relance
Connaissances de l'ergo			
2 - Evaluer l'étendue des connaissances des ergothérapeutes interrogés sur le sujet et leur positionnement	7 - Avez-vous connaissance de la recommandation de la WFOT de 2012 ? (la citer) (" Il est essentiel que les ergothérapeutes, dans leurs rôles centrés sur l'occupation et la performance occupationnelle, travaillent en tenant compte du développement durable tant dans la profession qu'avec les clients et les communautés .")	Connaissance ou non de la recommandation de la WFOT.	
	8 - Que pensez-vous de cette recommandation ?	Positionnement vis-à-vis de cette recommandation	Etes-vous à l'aise pour l'appliquer ? Etes-vous en mesure de l'appliquer (moyens suffisants, politique d'établissement soutenant, convictions, freins personnels, question de la pratique patient-centrée... ?)
	9 - Faites-vous le lien entre dérèglement climatique et santé ?	Connaissance de l'impact du dérèglement climatique et santé Evocation des déterminants de santé environnementaux et comportementaux	En quoi selon vous le dérèglement climatique impacte-t-il la santé ?
	10 - Avez-vous connaissance de la notion de dark occupations ?	Oui/ non. Evocation de la définition des dark occupations	(Donner des exemples de dark occupations en général, puis en lien avec l'écoresponsabilité). Etes-vous d'accord avec ce concept ?

Objectifs	Questions	Critères d'évaluations d'atteinte objectifs	Questions de relance
3a - Repérer si l'ergothérapeute utilise-t-il un modèle conceptuel, et lequel	11 - Utilisez-vous un ou plusieurs modèles conceptuels dans votre pratique, même implicitement ?	Evocation MOH, MCREO, PEO. ETC... Si confusion modèle conceptuel/modèle d'intervention : Co-OP et autres guidances	Lesquels ?
	Valeurs patients / Transition occupationnelle		
3b - Evaluer sur quelles dimensions du MOH l'ergothérapeute cherche à agir :	12 - Quelle est votre porte d'entrée pour accompagner le patient ?	Personne-Être / occupations-Agir : Evocation valeurs du patient, conscience, sensibilité, engagement, participation et performance occupationnelles Evocation d'un choix entre agir sur les occupations et agir sur les valeurs . Justification du choix.	Agissez-vous directement sur les occupations du patient, c'est-à-dire sa participation et sa performance occupationnelles, ou plutôt en amont sur les valeurs et habitudes de vie ? Quel serait le plus facile selon vous ? Le plus important/ efficace ? Agir sur les valeurs et habitudes de vies ou sur les occupations ?
	13 - Quels types d'activités/occupations mettez-vous en place avec vos patients ?	Evocation d'occupations éco-responsables avec leur patient	Pouvez-vous me donner des exemples ?
	14 - Dans quel contexte les mettez-vous en place ?		(Demande du patient ? Suggestion au patient ? Imposé au patient ?)
	15 - Abordez-vous ce sujet avec vos patients, et celui de l'intérêt de l'écoresponsabilité/développement durable ?	Evocation de discussions en lien	De quelle façon abordez-vous le sujet ? Dans quel contexte ? AT ? Gestion de la maladie ? Freins ? Parvenez-vous à éduquer / donner des informations à vos patients sur le lien entre santé et dérèglement climatique ? Ou vous sentez-vous en capacité / habilité à le faire ? Vous appuyez-vous sur des données scientifiques ?
	16 - Comment réagissent vos patients lorsque vous leur proposez des occupations écoresponsables ?	Evocation de la présence ou non d'une analyse réflexive du patient	Sont-ils parfois réticents ? Quels sont leurs freins ? Selon vous, est-ce que cela les fait réfléchir sur leurs propres occupations ?
	17 - Selon vous, vos patients ont-ils conscience du lien entre dérèglement climatique et santé ?	Evocation des déterminants de santé environnementaux et comportementaux	Et selon vous, vos patients ont-ils conscience du lien entre dérèglement climatique et leur propre santé personnelle ?

Objectifs	Questions	Critères d'évaluations d'atteinte objectifs	Questions de relance
3c - Repérer si l'ergothérapeute utilise un moyen tel que l'entretien motivationnel (Ou un moyen s'en rapprochant) ?	18 - Parmi vos outils et moyens d'intervention, utilisez-vous un moyen tel que l'entretien motivationnel ou un moyen s'en rapprochant ?	Utilisation de l'EM	Si non, pourquoi ? Ne connaît pas l'outil ? Connaît mais n'est pas suffisamment formée ? Ne l'a pas envisagé dans ce type de PEC ?
	19 - Dans la mesure où cet outil permet de gommer/réduire l'ambivalence du patient entre ses habitudes de vie qu'il sait mauvaises, et sa volonté d'améliorer son état de santé, pourriez-vous envisager de l'utiliser ?	Acquiescement ou négation. Expression d'une volonté de l'utiliser	Si non, quels seraient vos freins ? Manque de formation sur l'outil ? Autre ?
3d - Repérer les autres moyens utilisés par l'ergothérapeute	20 - Quels autres moyens/outils d'interventions utilisez-vous, même implicitement ?	EM, Guidances (Co-Op, ETP, autres...) Connaissance MIOT (peu probable)	Par ex, participez-vous à un programme ETP ? Utilisez-vous l'approche Co-Op ? ou autre guidance ? EM ? TCC ? Quel serait selon vous le plus efficace ? Quelle est la meilleure manière de faire ?
Valeurs patients / transition occupationnelle			
4 - Repérer si les ergothérapeutes constatent une évolution des valeurs des patients vers plus d'écoresponsabilité dans leurs occupations, et un engagement des patients dans une transition écoresponsable ?	21- Avez-vous observé chez vos patients un changement de valeurs et de perception de l'impact de ses occupations sur le climat et sa santé ?	Oui/non/ ne sait pas. Evocation d'un discours du patient plus écoresponsable, d'engagement dans des occupations éco-responsables Evocation de la prise de conscience par le patient du lien entre dérèglement climatique et santé.	Selon vous, ont-ils adopté des occupations plus écoresponsables ? Pouvez-vous me donner des exemples ? Si non ou ne sait pas : pensez-vous que malgré tout, le patient a pris conscience du lien entre ses occupations, le dérèglement climatique et sa santé personnelle ?
	22 - Selon vous, si changement il y a, ce changement de valeurs et/ou de d'habitudes de vie est-il pérenne ? Pourquoi ?	Evocation de sa croyance ou non relative au changement du patient.	Pour quelles raisons (estimez-vous que oui/non) ? Quelles sont les limites à cette pérennisation ?
	23 - Avez-vous quelque chose à rajouter ?		
	Connaitriez-vous d'autres ergos susceptibles de pouvoir me répondre ?		

Annexe III – Diagramme de flux



Annexe IV – Consentement écrit

Consentement dans le cadre d'un mémoire de recherche

Objet de l'accord : Autorisation à réaliser un entretien auprès de Stéphanie BAQUIER PREMAT

Motif : Réalisation d'une recherche dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en ergothérapie.

Période : mars, avril, mai 2024

Article 1 : La présente convention règle les rapports entre ;

Madame **Stéphanie BAQUIER PREMAT**, résidant à **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** et étudiant(e) en ergothérapie à l'IFE de Créteil UPEC, 80 avenue du général de Gaulle 94000 Créteil.

Et Madame/ monsieur , ergothérapeute DE exerçant à

Article 2 : Le présent document définit les règles de l'accord suivant lesquels se dérouleront les temps de présence de Mme **Stéphanie BAQUIER PREMAT** auprès des personnes. Il définit aussi l'usage des informations qui seront recueillies par **Stéphanie BAQUIER PREMAT** lors de sa présence auprès des personnes.

Article 3 : Mme **Stéphanie BAQUIER PREMAT** réalise ce travail d'investigation dans le cadre de son mémoire de fin d'étude ayant pour objet d'études « **Ergothérapie et écoresponsabilité dans l'accompagnement du patient** ». Ainsi, l'objectif fixé est de pouvoir recueillir une quantité non déterminée de données empiriques dont l'analyse sera à même d'offrir des éléments de compréhension sur l'intégration de pratiques et d'activités écoresponsables dans l'accompagnement du patient.

Article 4 : Mme **Stéphanie BAQUIER PREMAT** signe cet accord à titre individuel. La responsabilité de l'IFE –UPEC ne saurait être visée.

Article 5 : Mme **Stéphanie BAQUIER PREMAT** reconnaît avoir souscrit un contrat de RESPONSABILITE CIVILE auprès de la MAE, société d'assurance dont le siège est situé à Rouen.

Article 6 : Dans le cadre de cette recherche, et pour s'assurer d'une récolte efficace des données empiriques, Mme **Stéphanie BAQUIER PREMAT** utilisera des modalités d'enregistrement audio et/ou visio.

Article 7 : Les documents de synthèse écrits par Mme **Stéphanie BAQUIER PREMAT** (mémoire, article, chapitre d'ouvrage, présentation en séminaires et conférences, etc....) seront entièrement anonymisés, si bien qu'aucune information ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à ce travail de recherche.

Article 8 : Mme **Stéphanie BAQUIER PREMAT** s'engage à faire parvenir en temps voulu et selon le désir des personnes, un exemplaire de son mémoire finalisé. Selon les désirs des personnes et des

professionnels, et les possibilités de Mme **Stéphanie BAQUIER PREMAT**, une communication de son travail pourra être envisagée. Relevant des articles L.111-1 et L.123-1 du code de la propriété intellectuelle, aucun autre droit sur le travail de recherche de Mme **Stéphanie BAQUIER PREMAT** ne pourra être recherché.

Document établi en 3 exemplaires à Créteil le

LU ET APPROUVE

Mme **Stéphanie BAQUIER PREMAT**

Signature

Ergothérapeute D.E

Signature

Annexe V – Entretien avec l’ergothérapeute n° 2

Entretien Ergothérapeute n°2

- SBP : Et c'est parti. Euuuh... Alors du coup, d'abord, je vais vous demander... je vais vous poser des questions plutôt comment dire, euh ... démographiques on va dire. Donc euh, pour rappel, votre anonymat est conservé, et les réponses sont conservées de manière sécurisée, euh, jusqu'à l'obtention de mon diplôme, et seront détruites après.

- Ergo n°2 : Ça marche

- SBP : Voilà, donc vous êtes « Madame Ergo » ! Est-ce que je peux vous demander votre nombre d'années d'expérience, s'il vous plaît ? depuis votre diplôme en fait.

- Ergo n°2 : 25 ans et demi, 26, presque 26 ans... Ouais, c'est ça.

- SBP : 26 ans, je vais mettre 26 très bien. Et votre ancienneté dans votre poste ? Vous êtes en libéral, c'est ça ? Depuis combien de temps vous êtes en libéral ?

- Ergo n°2 : Alors en fait, je suis pas que en libéral, je suis une journée en libéral et 80% dans un service d'hospitalisation à domicile.

- SBP : OK. Et donc là vous avez combien d'ancienneté sur ce poste ? Enfin sur les 2.

- Ergo n°2 : Alors j'ai pas compris, ça a coupé.

- SBP : Ah oui, ça a coupé pour moi aussi. Je me demandais, la connexion est peut-être pas hyper stable... Je voulais vous demander, oui, votre ancienneté dans ces 2 postes-là ?

- Ergo n°2 : Alors en libéral depuis 2019. Ça fait 3ans... 3 ans et demi. Et l'autre, 2021, 3 ans.

- SBP : Ok, donc en libéral, je suppose que vous avez une patientèle essentiellement pédiatrique.

- Ergo n°2 : C'est ça, pédiatrie, troubles de l'apprentissage et troubles neurodéveloppementaux ouais.

- SBP : D'accord donc trouble de l'apprentissage et neurodéveloppementaux, ok. Et en HAD c'est plutôt quoi ?

- Ergo n°2 : C'est plutôt un public... un public adulte, on peut accueillir des enfants, mais en réalité, on n'a jamais eu de demande, donc... C'est vraiment que des adultes pour le moment et neuro ou traumato enfin... Peu importe, en fait, c'est... Tous, tous ceux qui demandent en fait.

- SBP : OK.

- Ergo n°2 : Qui ont besoin de rééducation. Tous ceux pour qui ne pas faire de rééducation serait une perte de chance.

- SBP : D'accord, OK.

- Ergo n°2 : Mais on a beaucoup de pathologies dégénératives, type Parkinson, AVC, enfin AVC c'est pas neurodégénératif mais voilà, type AVC... Des SLA, SEP, enfin voilà.

- SBP : D'accord, Ah bah ça, ça m'intéresse parce que j'ai du mal à trouver des maladies chroniques aussi.

- Ergo n°2 : Oui, des lombalgies aussi hein. Ça nous est arrivé de d'accueillir des lombalgies, d'être accueillis chez des lombalgies.

- SBP : OK, très bien. Huum... Vous êtes membre du coup du R2DE, est-ce que vous êtes membre d'un autre groupe ou une autre association en lien avec le développement durable ?

- Ergo n°2 : Non... non.

- SBP : OK, super. Euuh... Avez-vous connaissance de la recommandation de la WFOT de 2012 ? Son positionnement ? Voilà sur... du coup euh, la ... la nécessité pour les ergothérapeutes de travailler en tenant compte du développement durable dans la profession avec les clients et les communautés.

- Ergo n°2 : Oui.

- SBP : Super ! Enfin, quelqu'un qui la connaît, ça me fait plaisir (rires).

- Ergo n°2 : he he he... En réalité, j'ai fait des.. enfin j'ai, je travaille dans un service d'HAD, mais je suis détachée d'une équipe beaucoup plus grande en fait d'ergo, on est... je sais pas, 25 ou 30 ergos je ne sais pas... et du coup j'avais fait une présentation du RDDE donc du coup euh... c'est aussi du coup j'avais... Et je participe au ... au webinaire du RDDE, ça donc oui oui, je connais.

- SBP : Ah super, super. Super. Ah bah ça c'est génial. Du coup quel est votre positionnement, enfin je me m'en doute, mais j'ai... j'ai besoin de que vous le formuliez (rires). Votre positionnement vis-à-vis de cette recommandation, est-ce que vous êtes à l'aise pour l'appliquer ? Est-ce que vous êtes en mesure de l'appliquer ? Est-ce que vous rencontrez des freins ?

- Ergo n°2 : Alors je suis en mesure de la... Enfin, c'est à dire que mon point de vue c'est que je vais pas interférer forcément avec les habitudes des gens. Enfin des gens que j'accompagne. Donc euh si euh... S'ils ont une habitude de vie qui... enfin... voilà j'en parle pas quoi... qui... qui n'est pas compatible avec tout ça... Je vais pas leur dire :« bah non ! Vous devriez faire votre ménage avec du vinaigre ». (rires) Ces... ces choses, euh, voilà... Maintenant si ils ont pas si pas euh... Si euh... Bah euh ça se tient dans le plan d'intervention, et que les ... ne sont pas définis, à ce moment-là je... je mets sur la table les différentes alternatives.

- SBP : D'accord.

- Ergo n°2 : C'est-à-dire euh... Je dis n'importe quoi, mais là j'avais accompagné une dame par exemple pour des lombalgies chroniques justement. Mais elle avait plein plein d'antécédents, elle n'avait pas que ça, elle avait aussi eu un cancer du sein, elle avait un problème de thyroïde, des gros problèmes à respirer du fait euh de son intervention sur le sein. Euh et du coup, elle était tout le temps, tout le temps essoufflée pour marcher, elle était essoufflée tout ça. Et c'était son mari qui avait pris le relais pour les ... l'entretien ménager. Le ménage et tout ça. Et elle m'avait demandé de reprendre la main sur cette activité-là, parce qu'elle était pas euh satisfaite de comment c'était fait (rires) disons. Pendant 10 ans, c'est une ancienne directrice de laboratoire, donc il fallait que tout soit vraiment... hyper propre quoi... Et donc ben déjà je l'ai repris avec elle, que c'était chez elle et qu'elle avait pas besoin que ça soit aussi propre que dans son laboratoire. Voilà.... (rires)

- SBP : (rires).

- Ergo n°2 : c'est pas forcément très utile depuis avoir aucune « bête » autour de soi. Et puis euh... Et puis le premier produit qu'elle avait sorti c'était un... je pense un lave-vitres mais en spray.

- SBP : Ah oui...

- Ergo n°2 : Et donc euh... ben du coup, par rapport à... à ses problèmes respiratoires, j'ai, je suis tout de suite intervenue. Dans alors, c'était pas vraiment en lien avec euh, avec le produit ménager en l'occurrence, même si ça... ça en découlait. Mais c'était vraiment le fait qu'elle utilise un spray qui allait euh avoir des particules volatiles et tout ça, et qu'elle allait respirer ça et que déjà c'était compliqué pour elle de respirer, donc...

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : Voilà, c'était plus dans ce sens-là, mais donc c'était... un peu par un biais si vous voulez...

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : C'est pas euh... quelque chose de frontal. J'ai. J'ai du mal en fait à dire : « Ben il faut que vous changiez tout ».

- SBP : Bah oui c'est un peu compliqué, oui.

- Ergo n°2 : Dans nos pratiques, c'est compliqué. Voilà et puis nous, notre rôle, c'est d'être en lien avec les habitudes de vie des gens, avec leurs occupations, qui ont du sens.

- SBP : Bah c'est ça.

- Ergo n°2 : Donc après, si euh...voilà, après, si euh on parle, je continue sur le ménage, si on parle du ménage, je peux leur dire : « Ben, vous savez qu'il existe d'autres moyens » etc.... Mais euh, si eux, dans leur euh... Je suis dans leur esprit euh, c'est euh.... C'est... Enfin je vais pas aller dire « Bah si, il faut faire comme ça et pas autrement » (rires). Je ne je suis pas une activiste.

- SBP : bah oui, il faut rester patient centré, il faut pas plus euh... Ouais, c'est ça le souci

- Ergo n°2 : Voilà... Voilà. Puis bah par exemple aussi, il y a des personnes, là, qui veulent reprendre une activité physique. Euh... qui... qui... qui hésitent euh parfois. Alors souvent c'est la natation... Souvent c'est le vélo, ou le vélo d'appartement en tout cas.

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : Bah là je leur dis : « Ben, vous voyez la piscine, euh... C'est quand même plus impactant pour l'environnement que euh le vélo » . Alors ils choisissent, mais euh si ils savent pas quoi choisir, je leur donne des petites pistes (rires).

- SBP : Oui, d'accord, oui, amené comme ça, c'est pas mal.

- Ergo n°2 : Voilà et ouais, non, je vais pas euh... aller dans quelque chose de frontal euh...

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : Mais alors ça c'est pour le côté HAD. Après avec les enfants c'est encore différent, parce que bah moi je travaille que dehors avec eux. Donc euh... en fait euh la pratique que l'on a en a, enfin e j'ai, que l'on a avec les enfants en extérieur, elle est euh d'emblée à connotation environnementale, quoi.

- SBP : Oui. Alors c'est vrai que là pour le coup normalement j'exclus les.. les les enfants de ma

- Ergo n°2 : (inaudible...)

- SBP : pardon ?
- Ergo n°2 : Non, ça... ça coupe en fait. Parfois. Ouais, j'entendais plus
- SBP : Ah oui, d'accord...Oui, ça coupe, pardon, oui.
- Ergo n°2 : D'accord... Donc c'est plutôt sur la pratique à domicile alors ?
- SBP : oui je disais, non la pratique effectivement adulte, mais en même temps votre expérience avec les enfants m'intéresse parce que là on va peut-être plutôt du coup euh... explorer euh... la les... avec les parents en fait sur la... la.. l'accompagnement avec les parents. Parce que, en fait je suis obligée d'exclure les enfants pour une question de... de... on peut me reprocher le... le risque de... d'influence donc mais les parents en revanche ça rentre dans ma cible. Donc euh donc oui oui on peut en parler quand même.
- Ergo n°2 : Pour autant, au niveau des écoles, de l'éducatif, et tout ça, au niveau même des asso, souvent ils passent par les enfants pour influencer les parents en fait.
- SBP : Oui, c'est ça, c'est ça, oui.
- Ergo n°2 : Bon là c'est ce que j'ai pu constater hein, par rapport au tri, par rapport à plein de choses, c'est les enfants qui disent « bah nous, pourquoi on trie pas ? bah nous, pourquoi euh... ». Parce que souvent ils ont appris ça à l'école, à faire du compost, à des choses, enfin des choses et d'autres.
- SBP : Oui donc de toute façon ils sont déjà... déjà sensibilisés, mais euh...mais. Mais c'est super de pouvoir faire ces... ces interventions. J'ai adoré voir votre site là, avec toutes les activités que vous proposez en extérieur, je trouve ça vraiment génial.
- - Ergo n°2 : Ah oui, après les photos sur le site, c'est un petit peu triché, c'est mon fils (rires). Bon voilà...
- SBP : (rires)
- Ergo n°2 : Voilà, il fallait bien euh... agrémenter.
- SBP : Bah oui (rires). Ma prochaine question, elle est sur... Mais là aussi je sais, j'ai vu qu'en plus que vous aviez fait euh, vous avez suivi une formation en santé environnementale. Mais bon, je vous la pose quand même parce que je la pose à tout le monde. Faites-vous le lien entre dérèglement climatique et santé ? ... Et en quoi selon vous le dérèglement climatique impacte la santé ? Donc bon, vous m'avez déjà un peu répondu mais...
- Ergo n°2 : Euuh ... Alors oui, pour la première question (rires). Euuh, et en quoi euh... alors, moi, en santé environnementale, je suis formée mais c'est, c'est avec le réseau de périnatalité de Bretagne que je m'étais formée. Donc c'est plus en lien avec euh, avec les... les femmes enceintes et, et les nouveaux-nés.
- SBP : Ah d'accord, OK.
- Ergo n°2 : Mais en réalité euh, c'est simplement parce que c'est un public qui est plus sensible, en réalité, on devrait tous appliquer malgré tout les recommandations qui sont euh... pour la.... Voilà. Mais ben oui, voilà, pour les les choses liées au spray euh, aux produits ménagers tout ça... Euuh, bon mis à part euh le fait que bah tout ça c'est dans des bouteilles en plastique, dans des choses comme ça...euh, euh, voilà. Et, et.... Je sais pas si je réponds à la question en fait, (rires) mais bon....
- SBP : si, mais allez y, allez y.
- Ergo n°2 : Euhm, les.. les liens, ben c'est l'atmosphère déjà, les liens avec les allergies, avec tout ça...

- SBP : hum hum, oui...

- Ergo n°2 : Euh... et puis, d'une façon plus générale, en abîmant la biodiversité on s'abîme nous-mêmes.

- SBP : oui...

- Ergo n°2 : Non, là, j'ai participé avec Sandrine XXXX qui est une ergo euh... une ergo qui travaille à l'IFE de XXX il me semble, enfin XXXXX... On a participé à... à écrire un article sur le concept One Health qui est un concept que je connaissais pas. Et donc comme on m'a proposé de participer j'ai, j'ai fait... et en fait c'était vraiment dans l'idée que euh, bah il y a qu'une seule santé en fait que la santé devrait inclure, euuh, la santé environnementale au grand large. C'est-à-dire la santé de la flore, de la faune et puis la nôtre en fait. Mais avec un tout, le tout est imbriqué, donc euh... donc au-delà des... des effets euh très euh spécifiques comme bah les allergies euh... tout ça...

- SBP : oui...

- Ergo n°2 : Voilà, y a, y a.... On pourrait mettre le COVID hein dedans, enfin ...

- SBP : Oui, oui.

- Ergo n°2 : Après euh... là là je j'défends aussi pas mal le fait de passer du temps, enfin, notamment pour les enfants, de passer du temps dehors. Mais c'est vrai que même pour les adultes, j'ai davantage et tout ça.... Euuh, beaucoup de gens qui font beaucoup de sport mais qui le font beaucoup en salle et tout ça et là euh ...et forcément l'air, il est beaucoup plus pollué que en extérieur, donc du coup, euh... Est-ce qu'ils se font du bien ? Probablement oui, mais... pas de façon optimale, quoi.

- SBP : Oui, c'est ça... Bah après, ça c'est aussi euh lieu d'habitation dépendant. Parce que si euh... par exemple en région parisienne, le sport en extérieur est peut-être plus nocif que le sport en intérieur (rires), mais ça va dépendre de... de l'endroit, mais effectivement dans tous les cas euh... hum, hum, je vous suis là-dessus, oui.

- Ergo n°2 : hum hum ...

- SBP : Euuh.... Avez-vous connaissance de la notion de dark occupations ?

- Ergo n°2 : ... Euh non, ça ne me parle pas. Dark occupations ?

- SBP : Ouais c'est la ... en fait ça a été euh...invent... enfin comment dire euuh... créé cette... cette expression pour euh les... les patients qui avaient des comportements violents ou des addictions ou toxicomanie. En fait, c'est l'idée que normalement en ergo on voit l'occupation comme quelque chose de positif et de bon pour la santé. Alors qu'en fait ben certaines occupations ont un ... un côté un peu obscur du coup, d'où le terme de dark occupations... et que bah elles peuvent, même si elles ont du sens pour la personne, ça peut quand même nuire à leur santé. Donc d'où l'alcoolisme, euh, voilà les violences conjugales... alors pour sa santé à soi ou celle des autres. Et du coup euh je me demandais si euh... ben on pouvait faire euh le lien en fait avec les ... les occupations qui ne sont pas éco-responsables, ... de les appeler aussi dark occupations en fait. Et euh... et voilà, c'était pour étendre euh... et je voulais savoir si du coup ça se tenait (rires)... ou pas. Mais parce que euh effectivement, il y a plein d'occupations qui ont du sens, comme vous le disiez tout à l'heure avec la dame qui nettoie son... ses vitres avec un lave-vitres, mais pour autant ça... ça lui... ça lui, ça l'impacte directement sur sa santé personnelle.

- Ergo n°2 : ... Ouais, c'est... c'est intéressant comme question. Après euh... Ouais, peut-être que dans 100 ans on dira que c'était des dark occupations... Mais... Je me dis là quand même que... Parce que là, au fond, euh ben il y a plus beaucoup d'activités (rires) euh... c'est... Si on parle par exemple de faire du sport en salle par exemple... Enfin voilà... Après euh, peut-être qu'il y a des... des... des niveaux, enfin je

sais pas, faudrait calculer peut-être, je sais pas qui ferait ça...(rires). Des scientifiques qui aiment bien faire des recherches de soins, mais euuh... Je....

- SBP : C'est aussi peut-être

- Ergo n°2 : Et en fait en fait, là euh, là où je suis un peu, euuh...mitigée, c'est que ben euh fumer euh, l'alcoolisme, les violences, ça a un effet direct en fait sur la santé... Enfin... Et puis... et puis on le sait, en plus. Il y a, il y a cette notion là aussi où finalement ben euh les gens ont l'impression d'être sains. Enfin quand ils font leur ménage à fond, quand euh...donc il y a, il y a cette notion-là de... Peut-être de la connaissance quand même ... qui entre en ligne de compte.

- SBP : Oui, c'est ça.

- Ergo n°2 : Y a plus personne peut ignorer que se droguer, que ... que fumer... que... (blanc)

- SBP : C'est ben c'est... c'est tout à fait ça, c'est aussi avoir, avoir conscience en fait des impacts de ses occupations.

- Ergo n°2 : Ben c'est ça... Et puis en plus, ben il y a beaucoup de... de greenwashing hein, enfin maintenant...

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : Dire que la vaporette, c'est mieux que euh... fumer euh... On se rend compte maintenant aux États-Unis que il y a des euh ... des nombres euh ... enfin d'AVC importants au niveau des, des jeunes ... chez les jeunes. Ils font le lien avec les vaporettes, enfin donc bon... C'est... c'est quand même une notion compliquée, mais effectivement, peut-être que après coup, quand on saura... réellement, dans quelle mesure ça a un effet néfaste, enfin on le sait, hein, mais... Mais je pense qu'il y a quand même une méconnaissance... malgré tout.

- SBP : Oui oui oui, c'est justement le... l'objet un peu de de mon... de mon mémoire (rires). Je vous le dirai en fin d'entretien...

- Ergo n°2 : Je me dis même par exemple euh, manger bio, ben ouais, c'est sûr que euh c'est plus développement durable que...(inaudible) pas bio, mais que si on mange bio mais que euh on laisse nos légumes se flétrir, tout ça qu'on les mange quand même. Ben c'est pas forcément.... « Light occupation » (rires)

- SBP : Oui... (rires)

- Ergo n°2 : Non mais c'est ça, c'est compliqué comme notion quand même.

- SBP : Oui c'est compliqué. C'est par exemple aussi les personnes qui se disent bah je mange bio mais qui du coup achètent des légumes bio qui sont suremballés de plastique et...

- Ergo n°2 : C'est ça...

- SBP : Bah ça compte ... finalement ça s'annule presque, donc ...

- Ergo n°2 : Bah c'est ça. Alors peut-être que ça s'annule pas mais en tout cas euh il y a pas que des effets positifs. C'est pareil quand on mange bio mais que euh, c'est euh, des noix de cajou qui viennent du Vietnam ou je sais pas où bon bah c'est pas très écolo non plus.

- SBP : Voilà, c'est ça.

- Ergo n°2 : euh... C'est... quand bien même, on les prend en vrac... Là. Je sais, hein donc... (rires) . Non, non, mais c'est vrai après...

- SBP : Ouais, c'est... tout est question de de de connaissances en fait sur euh.. sur, sur ce qu'on fait et de l'impact, mais c'est vrai que c'est un peu compliqué euh... pour les patients.

- Ergo n°2 : Ben c'est ça. Et puis en plus on n'a pas des informations très très claires au final hein. Là je regardais encore hier ou avant-hier là euh... un post qui disait ... sur les labels, notamment les labels bio euh... Ce qu'ils faisaient ou ce qu'ils ne faisaient pas en fait. Et puis bah on se rend compte que même bio le plus commun euh, bah y'a des trucs qu'on... qu'on validerait pas, quoi.

- SBP : Bah oui oui c'est ça.

- Ergo n°2 : Euf, ça manque quand même de transparence sur certains.

- SBP : Ouais voilà, c'est exactement ça.

- SBP : OK... Euh... Dans votre pratique, du coup, avec vos patients, dans l'accompagnement de vos patients, est-ce que vous utilisez un ou plusieurs modèles conceptuels ? Même implicitement ? Enfin, sans... sans l'appliquer vraiment à la lettre...

- Ergo n°2 : Euuh, je me suis aperçue que du coup le One Health là, il correspondait bien à mon approche, ça c'est sûr.

- SBP : Oui ?

- Ergo n°2 : Euuuh... Après euh, moi j'utilise beaucoup MCRO. Euh, bah déjà parce que j'ai été formée, parce que ça me parle, parce que j'aime bien euh... ne pas être trop directive aussi dans mes euh, dans mes ... évaluations d'entrée... que les gens puissent dire pour eux-mêmes euh... bah où ils en sont et qu'est ce qui leur vient au moment où...

- SBP : D'accord...

- Ergo n°2 : Et ouais, globalement c'est ces deux-là. Mais... Alors One Health pour euh mes accompagnements en euh... Moi, j'ai fait le rapprochement vraiment avec ma... bah ma façon de travailler en libéral. Euh... est-ce que ça se tient avec euh... ? Peut-être moins quand même... Ouais, c'est quand même plutôt MCRO.

- SBP : Ok. Parfait. Euuh... Du coup, vous avez déjà un petit peu répondu à cette question, quelle porte d'entrée euh... Quelle est votre porte d'entrée pour accompagner les patients quand vous proposez des occupations euh éco-responsables ? Est-ce que c'est euh vraiment sur l'occupation en elle-même ou est-ce que c'est plutôt sur ses habitudes de vie, euh... euh... Quelle est votre porte d'entrée plutôt ?

- Ergo n°2 : Ouais, comme je disais tout à l'heure, moi je vais pas proposer des occupations euh... alors à domicile de toute façon je ne fais que les occupations qu'ils ont euh, qu'ils ont à domicile, je... je crée pas euh... Je fais pas d'écologique en fait, enfin je fais pas de de mise en scène donc on est vraiment sur quelque chose de ... de... de très clair. C'est pas un laboratoire quoi. Comme quand on travaille dans un SSR où on va reproduire des situations. On va faire un panier pour travailler l'épaule.... Enfin, voilà ce genre de choses. Euh... là, je travaille vraiment sur les.... Dans le, dans le, dans la maison, la personne... Si le projet c'est d'aller à la plage, ben on va à la plage. Enfin voilà ce... ce genre de choses. Mais donc après moi je, là pour le coup, je propose pas d'activité écoresponsable, c'est vraiment les personnes qui euh ... qui ont leur activité et euh.... Mais euh voilà, ceci dit euh... Après c'est plus dans ma manière au-delà, de travailler, c'est à dire que là je fais de moins en moins de commandes de matériel par exemple, de jeux, de choses comme ça, alors qu'avant je travaillais qu'avec, qu'avec ça. Là maintenant, ben alors

c'est aussi parce que je travaille à domicile, hein... Je pense que même... autrement, je pense que je ferai autrement.

- SBP : Oui...

- Ergo n°2 : On fait vraiment euh... si par exemple on doit travailler la motricité fine, eh ben on prend ce qu'il y a sur place.

- SBP : Ouais...

- Ergo n°2 : Je vais pas prendre un jeu en plastique ou quoi... Pour le faire.

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : Euh... je vais prendre des boules, euh... des pois chiches... Enfin peu importe... Ou bien le, les, le, la vaisselle euh, enfin ce qu'il y a sur place...

- SBP : D'accord, oui ok.

- Ergo n°2 : Et puis ouais, moi j'achète de moins en moins et je négocie auprès de revendeur de matériel pour que, pour que... il puisse me prêter le matériel au maximum.

- SBP : D'accord...

- Ergo n°2 : Quand j'ai des essais de matériel ou des choses comme ça souvent euh bah le médecin il me dit « Ah ben faut acheter une ceinture lombaire, machin et tout... ». Et ben je vais déjà voir si il peut pas nous les prêter comme ça en plus on peut essayer plusieurs modèles, enfin... Voilà, voilà, comme ça c'est quelque chose de quand même plus euh... plus large et, et plus euh... plus clair, quoi.

- SBP : Oui. Donc en économie un peu circulaire quoi, ok.

- Ergo n°2 : Ouais voilà plutôt en économie circulaire. Bon, en sachant que bien souvent c'est quand même du matériel neuf qu'il nous prête hein...

- SBP : Ouais...

- Ergo n°2 : J'y reviendrai après, mais bon... Euh... On a, on a, on a... On a fait en sorte que ça puisse se faire. Après ça se fait pas sur tout, évidemment. Par exemple, euh... Une fois une lunette de WC par exemple, euh... molletonné là... Ben du coup on l'a essayé juste pour essayer, quoi. C'était pas en vrai, avant que le monsieur me dise finalement « oh bah écoutez finalement je suis bien ».

- SBP : (rires)

- Ergo n°2 : Mais on avait laissé le plastique par-dessus, quoi, parce qu'il l'aurait pas repris sinon.

- SBP : D'accord, oui, c'est ça, oui...

- Ergo n°2 : Et puis après, en activité écoresponsable.... Ouais non, à domicile euh... moi je suis là pour répondre à la demande des gens, donc moi je vais pas euh... interférer euh... Ça aurait pas de sens en fait... Après euh, si c'est trouver une activité qui va permettre de travailler euh l'élévation de l'épaule, ce genre de choses, et tout ça... En fait, moi ça, à domicile, je le fais plus, comme je le faisais en centre. Moi je travaille vraiment sur les activités de vie quotidienne. En tout cas j'essaye.

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : Mais plus dans euh... Et, et tout ce qui est récupération, vraiment, bah je le laisse au kiné.

- SBP : D'accord, OK.

- Ergo n°2 : Euh. Récupérer de l'amplitude, etc, etc... Soit on le fait dans l'activité, soit on le fait pas. Salut.

- Ergo n°2 : (interlude conversation personnelle avec son fils). C'est bon.

- SBP : Euuh... Ensuite ma question suivante c'était sur quel type d'activité ou occupation vous mettez en place avec euh avec vos patients ? Donc vous m'avez déjà donné des exemples donc sur le ménage euh, le sport en plein air, euh..., la motricité fine avec ce que vous avez de toute façon sur place, donc euh... ça ... ça c'est parfait.

- Ergo n°2 : l'habillage, la toilette, tout ça ... Hummm... Voilà, mais... C'est difficile, hein, de de dire ben non, faut pas que vous achetiez ça, euh... (rires). C'est très très compliqué donc après euh.... Et puis aussi ouais quand les ... alors un truc important par contre que je fais, et ça j'y tiens vraiment, c'est quand les gens ils me disent « bah de toute façon c'est remboursé je vais l'acheter ». Non, vous l'achetez que si vous avez besoin.

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : euh, même c'est remboursé. Alors souvent, je passe par des biais, je dis « Bah ouais, mais vous savez ça c'est valable que deux, enfin, vous pouvez en changer que tous les 2 ans même si ça va pas, au final, ben on pourra pas en avoir un d'ici là, etc... »... donc je je biaise un petit peu. Mais en leur en leur expliquant bien ben que c'est du matériel et que ça que c'est pas euh voué euh à rester au placard. Et puis qu'en plus c'est de l'argent public, donc d'une certaine façon, quand ils disent euh « c'est gratuit », ouais enfin c'est gratuit euh, je leur explique que c'est jamais gratuit. Et ils le savent. Mais bon, et sur tout ça, là, sur ce qu'on a droit, c'est difficile de faire avancer les lignes quand même.

- SBP : C'est... oui, c'est ça... Et puis surtout, souvent, c'est l'acceptation de euh... par exemple d'aides techniques de seconde main, c'est... l'argument premier en général, il est, il est plutôt financier que vraiment euh... une sensibilité éco-responsable.

- Ergo n°2 : Uh huh... bah ça vient de plus en plus quand même hein... Mais c'est vrai que nous euh.... Là... alors, à part euh ceux qui... par exemple le matériel que le revendeur va prêter, qui est vraiment du matériel de démo, souvent les gens, ils sont partants pour acheter ce matériel-là. Parce que bah ouais effectivement, c'est moins cher et tout ça mais euh ... Mais nous là, en Bretagne, on n'a pas encore ... il y a Envie Autonomie qui vient d'arriver, mais après, en termes d'autonomie circulaire, on n'a pas vraiment beaucoup de... de, d'alternatives. Donc voilà. Moi, je, moi, de toute façon, quand bien même que ce soit économie circulaire ou pas, mon point de vue c'est on... on acquiert que si on a besoin, donc on fait les essais pendant le séjour, autant d'essais que l'on peut et on achète euh que s'il y a besoin. Et si on peut acheter d'occasion, ben on l'achète d'occasion.

- SBP : Ouais...

- Ergo n°2 : Et c'est, et... et par contre tout le matériel, quand je suis chez les gens, et que je vois du matériel qui est en train de, de, d'attendre dans le placard, ben je leur fais des propositions. Je leur dis « Bah vous savez ça, vous pouvez le donner, euh, le mettre sur le Bon Coin... » Enfin... Voilà maintenant qu'il y a Envie Autonomie, euh... C'est des adresses qu'on peut donner aussi pour que ce soit remis sur le marché, qu'il y ait des remboursements, mais y a pas des remboursements sur tout non plus, hein...

- SBP : D'accord donc euh... ça c'était en lien avec ma question suivante, du coup, dans quel contexte vous mettez en lien des actions ou des gestes éco-responsables ? C'est euh... donc c'est jamais sur la demande du patient mais vous arrivez quand même, vous, à le suggérer aux patients, ce... ce genre de de choses.

- Ergo n°2 : Bah pas sur tout, hein, mais oui, oui... oui, oui. Quand ça se tient, oui, je... je me prive pas, c'est sûr.

- SBP : Ouais, Ouais, c'est parfait ça.... OK.

- Ergo n°2 : Et, et je... j'en parle beaucoup aux collègues aussi...

- SBP : Oui ?

- Ergo n°2 : Ouais.

- SBP : Oui, vous arrivez à sensibiliser les gens ?

- Ergo n°2 : On n'est pas les premiers... enfin, on est pas les premiers euh... écolo, euuh.... donc ouai là, vraiment, il y a du taf à faire, hein... ouais, ouais, hum... Non, mais c'est vrai, hein... Là, l'autre jour, j'entends à la radio, euh, alors ils disaient que euh ils opéraient, alors je sais plus si c'était euh... je crois que c'était à Gaza, là... Ils opéraient au doliprane, quoi. Enfin, avec du doliprane, enfin des... des antalgiques comme ça,...Et euh, le même jour, j'ai des collègues infirmières qui me disaient : « Ben Mme Untel est sortie, enfin sortie de... de soins, quoi. Elle est, elle est, elle est, enfin la dame était même décédée en fait, et ben toute la morphine qui était chez cette dame-là, elle est jetée. Et là euh... c'est quand même fou, quoi.

- SBP : ah oui....

- - Ergo n°2 : C'est pourtant des produits, euh, enfin des... des choses qui ont quand même été manufacturées, euh, de la matière première qui coûte beaucoup de sous, et tout ça. Et euh ben... Et en fait, ils ont pas le choix en fait, sinon ils vont être accusés de fraude si ils le remettent en circulation. Donc il y a tellement de choses à faire en France, c'est fou, quoi...

- SBP : oui, c'est ça, oui, y a le... toutes les recommandations là, du Shift Project qui ont été reprises par le gouvernement de sa feuille de route, là en mai, et notamment ce que vous disiez sur les, sur la rationalisation des achats de médicaments et de la fabrication aussi. Euh, tout ça, ça rentre en ligne de compte bien évidemment, ouais.

- Ergo n°2 : uh, uh. Eh Ben c'est vrai aussi que quand on travaille à domicile, euh ben là, si la morphine elle est un peu en si besoin ou... enfin parce que ça arrive aussi, euh ben euh les collègues elles vont pas faire trois voyages par semaine pour de la morphine, quoi. Donc euh, il y a, il y a ce problème là aussi, mais je me dis pourquoi pas livrer plutôt à ce moment-là les infirmiers libéraux ? Qui euh... bah eux, au final, euh, auront peut-être, euh... plus de, de manières de recycler ce... ça.

- SBP : Ah bah ouais, ça ferait une très bonne idée.

- Ergo n°2 : Enfin je sais pas, hein. Y a certainement des choses à faire, quoi. C'est ça que je veux dire, après ils ont peut-être aussi coincés que nous, mais ouais...

- SBP : Ouais, c'est vrai que c'est euh, un... un sujet compliqué. Bah surtout et puis y a le lobby des..., de toutes façons des, des laboratoires pharmaceutiques. Mais bon, ça c'est encore un... un autre sujet (rires).

- Ergo n°2 : Bah oui, oui, non, là c'est encore autre chose, hein, parce que c'est là en l'occurrence, c'est parce que c'est déjà facturé à la sécurité sociale, et la sécurité sociale ne peut pas défacturer en fait. Donc euh... du coup on se retrouve avec des des des choses comme ça, et c'est extrêmement courant. Enfin. C'est pas juste une histoire comme ça, quoi.

- SBP : Oui...

- Ergo n°2 : C'est... c'est... là, si je prends mes mails, il y a peut-être euh une dizaine de décès par semaine. Alors tous n'ont pas de la morphine, mais comme en HAD, c'est quand même beaucoup des soins palliatifs,...il y a quand même beaucoup qui ont des médicaments de ce genre-là, ou du matériel euh... parce que c'est pareil euh... tout ce qui est euh solution hydroalcoolique, etc, etc... On peut pas les remettre dans d'autres maisons, donc euh... donc soit on les utilise nous dans les voitures, ou quoi euh... voilà, mais sinon euh bah c'est, c'est pareil, c'est perdu tout ce qui est entamé est perdu, en fait. Enfin...

- SBP : Ben oui... Ok...

- Ergo n°2 : j'ai digressé ... (rires).

- SBP : Non, non, je vous en prie, je vous prie, c'est toujours intéressant (rires). Euh...Du coup oui, abordez-vous ce... ce sujet avec vos patients, et celui de l'intérêt euh de l'écoresponsabilité ? Donc vous m'avez déjà un peu, un peu parlé de ça, dès que vous pouvez en parler, vous en parlez. Euuuhm.... Et est-ce que vous vous arrivez...

- Ergo n°2 : Oui, oui euh...

- SBP : Oui, allez-y.

- Ergo n°2 : Faut quand même que ce soit euh des personnes, enfin que je sente accessibles, quoi.

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : Parce que c'est quand même beaucoup des... des... des anciens, quand même, pour beaucoup. Enfin, pas que, hein, mais pour beaucoup. Alors ils ont cette sensibilité mais ils voient pas forcément euh concrètement comment... Pour eux, ils font attention dans leur quotidien, en fait, ils se rendent pas compte que euh quand ils vont acheter euh un déambulateur qui va leur servir que trois semaines, euh, ben voilà... ça.

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : Ils font pas forcément bien, quoi, donc il faut quand même que... que les... qu'ils soient accessibles, et euuh... ben... quelqu'un qui a fait un AVC, ben c'est pas toujours très clair pour elle parce que ben au niveau cognitif c'est plus compliqué. Et quand on s'adresse au conjoint ou à la conjointe, ben c'est quelqu'un qui est déjà pas mal en... surcharge productive due à l'activité d'aidant à la maison, et tout, donc c'est pas toujours toujours simple à aborder. Enfin... ça suppose quand même euh, ben d'avoir déjà mis euh... de, de bien avoir affirmé la relation thérapeutique, quoi, c'est pas un truc où on peut dire euh, dès le premier jour, euh « Bah faut virer tous vos tapis », quoi. ça là, j'ai une collègue (rires) qui (inaudible) « si, il faut enlever les tapis ». Je lui dis « bah en même temps si la dame elle tombe, vaut mieux qu'elle tombe sur un tapis sur le carrelage », quoi... (rires) . Mais bon, ça a pas l'air de... ça... ça, ... ça touche pas les cordes sensibles de tout le monde, cette histoire... (rires)

- SBP : Oui... (rires). Et vous arrivez à... à ... donner des, des informations... est-ce que vous vous appuyez sur des données scientifiques pour euh pour appuyer vos... vos propos ou euh... comment vous procédez ?

- Ergo n°2 : Alors, tout ce qui est santé environnementale euh, j'ai euh, je les appuie. Alors après je, je donne pas forcément les références, hein, parce que je disais voilà, faut quand même que ce soit digeste. Et puis en général, les gens, ils le savent, hein...

- SBP : Oui, oui, oui, oui.

- - Ergo n°2 : Tout ce qui est flacon plastique, etc..., les... Quand on accompagne à la douche des gens, on voit la tonne de savon qu'ils mettent mais, ouais, y a pas besoin d'autant, quoi (rires). Enfin, je sais pas, quoi, (rires) pas besoin de vider le flacon, quoi... Enfin, c'est assez impressionnant. Donc euh ouais, sur ces choses-là euh... l'aborder, mais c'est pareil, enfin, c'est... Ça touche quand même pas mal à l'intime des gens. Au-delà de d'être présents lors de la toilette, sur la manière de le faire, ça peut être mal vécu quand même d'intervenir là-dessus, donc c'est pas toujours faisable. Mais euh... Voilà après, bah euh si c'est pour la vaisselle, ben on met la dose qui est recommandée sur le, sur le.... dos du produit vaisselle, tout simplement. Parce que souvent, euh, pfuit, on verse, on verse, là, jusqu'à ce qu'il y ait plein de mousse, ça déborde là, et en fait, ben c'est (rires) ...c'est une (inaudible) Enfin tout dépend ce qui est marqué sur le flacon, quoi. Mais voilà...

- SBP : (rires) Oui...

- Ergo n°2 : Donc ouais bah du coup ça va déjà au moins s'il y a des utilisations de produits ménagers, ben savoir bien s'en servir, même si c'est des sprays de... de... d'envoyer le spray plutôt sur la chiffonnette plutôt que directement sur la surface plate. Déjà. Et puis après, euh...ben c'est sur le dosage, quoi. Et ça c'est marqué sur les flacons en général, mais personne les lit les flacons, en général on le fait pas. Donc il y a déjà sur ces trucs-là, et puis après bah tout ce qui est euh consommation de plastique, euh, manger moins de viande, euh, enfin ce genre de choses-là, euh, ça oui, ça s'appuie quand même sur des données euh... claires quand même. Enfin, là pour le coup, on peut pas dire que il y ait euh... c'est quand même reconnu, quoi...

- SBP : Ouais...Ouais donc ça vous arrivez à aborder ces sujets là avec vos patients ? C'est super.

- Ergo n°2 : ... Bah pas toujours, mais ça après c'est pareil, c'est dans la conversation, en fait. Tout dépend ce qu'on est en train de faire. J'aborde pas tous les sujets avec tous les patients, ça c'est sûr.

- SBP : Oui, oui. Ouais. OK. J'ai oublié de vous demander au tout début, excusez-moi, mais j'y pense maintenant, vous parliez de relations thérapeutiques, la durée de la prise en charge de vos patients en moyenne ?

- Ergo n°2 : Euhm, en HAD, c'est euh... je crois que c'est 3 à 4 mois je crois, mais ça devrait être beaucoup plus court. On est un peu pointés du doigt là sur la durée de séjour. Ce serait on est, on est censés, euh...mais parce qu'on est rattachés à un organisme, euh, ben où les durées de séjour devraient être courtes en fait, c'est.... Mais euh enfin, nous on part du principe que c'est soit un séjour de rééducation, soit ça l'est pas, quoi.

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : Si c'est euh deux accompagnements par semaine euh sur 3 semaines, ça ... ça s'appelle pas, un séjour de rééducation, quoi. Donc ouais, on est plutôt sur 3-4 mois, après euh... Tout dépend quand c'est des séjours de réinduction, enfin quand c'est des gens qu'on connaît déjà, qu'on voit, c'est 3-4 semaines, parfois 5, suivant ce qu'on veut travailler.

- SBP : Ok.

- Ergo n°2 : C'est pas, c'est... c'est... c'est pas comme en SSR où ça peut durer 6 mois – 1 an, non, hein, c'est beaucoup. Bon.

- SBP : OK parfait. Euhm, comment réagissent vos patients quand vous leur proposez euh justement des gestes écoresponsables ? Est-ce que, est-ce qu'il y en a qui sont réticents et... quels sont leurs freins ? Vous parliez de l'intime tout à l'heure. Est-ce que ça ... Est-ce que ça les fait réfléchir sur leurs propres occupations ?

- Ergo n°2 : ... Je pense qu'ils sont tous d'accord... mais qu'ils mettent pas en pratique.

- SBP : Ah. D'accord.

- Ergo n°2 : Parce que euh... parce que je pense que mettre en pratique ça demande vraiment un accompagnement, euh... C'est à dire que là par exemple, la personne avec qui on a travaillé avec le spray, là, qui avait des problèmes respiratoires, je pense que elle par la suite, si elle a continué, je suis même pas sûre qu'elle ait continué à faire le ménage après coup.. C'était son projet en tout cas. Euh, si elle a continué, je pense qu'elle a, qu'elle aura utilisé euh les recommandations que je lui avais données. Mais euh si je dis comme ça : « Ben euh je vois que vous avez un spray, euh, vous savez qu'il vaut mieux l'utiliser sur la lingette », euh ça marche pas.

- SBP : Ouais.

- Ergo n°2 : Je vois bien parce que au travail, là où je travaille, on a une cant., enfin une salle à manger en fait... Et ils ont gardé l'habitude depuis le COVID euh de désinfecter euh après qu'on ait mangé, là... Et tous, alors on est tous autour de la table, là, et puis ben s'il y a quelqu'un qui se lève, il va, il va faire son spray là, alors que on a tous nos nos, nos assiettes, nos gamelles autour, quoi... (rires)

- SBP : Ah oui... (rires)

- Ergo n°2 : Donc en général je râle... (rires) « Non mais ou oui t'as raison », et tout, et puis le lendemain bah c'est quand même pareil (rires).

- SBP : (rires)

- Ergo n°2 : Je pense que c'est... quand même très... compliqué à mettre en œuvre.

- SBP : Ouais...

- Ergo n°2 : C'est pas ... Enfin voilà. Mais... mais voilà, une fois que, si c'est accompagné, oui, ça marche.

- SBP : si c'est accompagné, ça marche, ok.

- Ergo n°2 : Et c'est pas le tout de se le dire en fait. Parce que les gens ils sont d'accord hein sur le principe, qu'il faut faire attention, tout ça. Euh... Après il y a quand même beaucoup de retours, euh, enfin j'exagère là, il y a quand même des retours sur (inaudible) les États-Unis, euh... « Bah je sais pas pourquoi je m'en ferais ? ». Voilà, on a quand même... C'est quand même ça, mais euh....

- SBP : Oui... oui, d'accord. Ok.... Euhm... Et du coup euh... donc ce que vous disiez là tout à l'heure, est-ce que euh selon vous, vos patients ont une conscience du lien entre le dérèglement climatique et leur propre santé personnelle parce que souvent ils se disent « oui, euh, voilà... il y a les catastrophes naturelles, euh, du coup, euh.... Enfin, le, le, le climat, les températures sont de plus en plus élevées, euh... », mais est-ce que ils... ils voient vraiment sur leur propre santé personnelle selon vous ? Est-ce qu'ils font vraiment le lien entre euh... je ne sais pas, par exemple manger trop de... de légumes remplis de pesticides, c'est pas bon pour la santé, mais est-ce que, est-ce que eux, euh, avec leur propre santé à eux, ils font le lien ?

- Ergo n°2 : Je suis pas certaine du tout qu'il fasse le lien en fait. Non... Ils le font si nous on le fait, en fait. C'est à dire quand c'est euh un problème de santé, bah comme tout à l'heure, là, ce que je disais euh, la personne qui a eu du mal à respirer, bah oui, elle c'était clair, enfin... Elle peut faire que le lien, enfin j' imagine en tout cas, mais si je vois quelqu'un pour une lombalgie ou un AVC, euh... Pas sûr qu'on va faire le lien avec le réchauffement climatique du tout. Mais forcément, les autres problématiques, ça dépend ce qu'on....

- SBP : Ça dépend de la pathologie, quoi.

- Ergo n°2 : Bah ouais...

- SBP : Ok. Euuhm... Parmi vos outils et vos moyens d'intervention, est-ce que vous utilisez un moyen tel que l'entretien motivationnel ou quelque chose s'en rapprochant ?

- Ergo n°2 : Alors moi je suis, je suis pas formée à l'entretien motivationnel, je suis formée en écoute active. Euh... Donc j'ai déjà une première base (rires)

- SBP : ok, oui, c'est déjà pas mal (rires).

- Ergo n°2 : Donc le le l'entretien motivationnel, euh... je, je suis pas formée mais comme j'utilise quand même la MCRO, je pense que ça se rejoint quand même un peu. Dans le sens où euh ben c'est quand même leurs attentes. On essaie aussi euh là on est toutes formées à euh à l'échelle GAS. On a un peu de mal à la mettre en œuvre, euh....

- SBP : je la connais pas...

- Ergo n°2 : Euh... mais c'est clair que euh, pour euh ... quelqu'un qui perd de vue un petit peu les motivations, tout ça au cours du séjour, c'est toujours chouette de pouvoir revenir sur des motivations qu'elle a exprimé au départ.

- SBP : Ouais...

- Ergo n°2 : Je pense notamment à une dame là que je vois actuellement euh... qui fait pas forcément le lien, alors qui, qui, sui est devenu incontinente suite à un séjour à l'hôpital, tout ça, qui aimerait de redevenir continente... qui a du mal à marcher, à faire ses transferts, euh tout ça, pour des... pour d'autres raisons, pour euh Elle a un syndrome extra-pyramidal, on sait pas exactement l'origine, pourquoi. Et euh... ben moi ce que j'ai proposé d'emblée en fait, c'est qu'on travaille sur les transferts parce que tant qu'elle pouvait pas sortir de son lit, on pouvait pas imaginer qu'elle soit incontinente. Enfin ça me paraissait le premier pas pour pouvoir aller à...enfin voilà, et euh... et ça en fait l'objet de le rappeler très... souvent. En fait elle dit « noon, mais moi je reste au lit », tout ça, mais en fait, en termes de performance, elle est pas au top quoi.

- SBP : Ouais.

- - Ergo n°2 : Elle y arrive à sortir de son lit, mais si tous les efforts qu'elle fournit (inaudible) avec dans la protection.... Ben je sais pas où elle voit le sens derrière, quoi, donc du coup... Ouais. On est quand même obligés... voilà. Et, et, et pour le coup, euh bah là... si elle utilise moins de protections euh, si on arrive à faire en sorte qu'elle soit plus continente, ou quoi, ben là, en termes de développement durable, on aura gagné un petit peu notre... truc, quoi !

- SBP : Bah oui... oui, c'est ça justement euh ... Bah c'était après ma, ma question suivante, c'était euh dans la mesure où cet outil, l'entretien motivationnel ou un, un outil s'en rapprochant, euh comme ils permettent de de de gommer, enfin de réduire l'ambivalence du patient, entre ses habitudes de vie qu'il sait mauvaises pour sa santé, mais sa volonté, et sa volonté d'améliorer sa santé, est-ce que vous pourriez l'envisager euh pour implémenter chez la la personne euh effectivement des des activités un peu plus éco-responsables ? Est-ce que vous pensez que ça pourrait être un bon moyen pour euh... ou quels sont, quels seraient les freins sinon ?

- Ergo n°2 : ... Ben les freins c'est, comment euh... à mon avis, parce que la plupart des gens sont comme je disais tout à l'heure, il se, ils reconnaissent ça enfin...

-SBP : Ouais.

- Ergo n°2 : Moi j'ai pas rencontré beaucoup beaucoup de climatosceptiques, enfin de de personnes qui font pas forcément le lien, euh entre le réchauffement climatique (inaudible), alors c'est pas que ça, mais il y a quand même beaucoup, en tout cas c'est pour ça qu'on nous rabat les oreilles. Euh, mais le le truc après c'est de pouvoir les mettre en œuvre. Et ça pour les mettre en œuvre, ben faut avoir du temps pour euh, pour mettre en place les habitudes. Et moi c'est ce que je dis souvent aux gens, hein, pour faire une habitude, il faut entre 60 et 90 jours, pour mettre une habitude en route. Donc ça veut dire que pendant 60 à 90 jours euh bah qu'ils soient conscients de faire comme il faut, quoi. Enfin de de faire de la manière dont on veut qu'ils fassent, et... dont on voudraient qu'ils fassent, et... Sauf que ben bien souvent c'est pas le... déjà sur une durée de séjour, c'est pas toujours ça... qui arrive sur le, au début du séjour, quoi. Donc euh voilà... On parle de ça, hein, quand on est un petit peu plus à l'aise avec la personne, déjà. Enfin des... des changements d'habitudes, et euh... donc on peut pas accompagner sur la durée, sur une durée suffisamment longue pour que les habitudes se prennent. Et puis euh, euh... ils font pas forcément le lien non plus avec leur santé, c'est ce qu'on disait tout à l'heure aussi. Donc du coup aller, euh... je ne sais pas, je dis n'importe quoi : « vous allez laver vos vitres avec papier journal » (rires), je sais pas, je dis n'importe quoi (rires), bon ben voilà euh (rires) ... Voilà, bon pour autant que la personne ait des journaux, hein, c'est sûr que si euh... Enfin voilà, mais euh Voilà. C'est... c'est, c'est, c'est compliqué de se dire euh... voilà que... ben bah déjà on lave pas ses vitres tous les jours, que euh... Il faut faudrait qu'elle le fasse au moins 70 fois pour que ce soit euh... (Pardon, je vais aller prendre un mouchoir...).

-SBP : Allez-y.

- Ergo n°2 : (se mouche). Voilà ouais c'est c'est, c'est pas si... si simple quand même...

-SBP : Non, c'est c'est vraiment pas simple.

- Ergo n°2 : Mais ceci dit, ça l'est plus maintenant... que y a encore quelques années.

- SBP : Hum, oui, y a un peu euh... vous sentez un peu plus de... de de sensibilité à ce sujet... ?

- Ergo n°2 : Bah, ou alors c'est moi qui prends un petit peu de... d'aplomb sur ça aussi, parce que si tu (inaudible) un peu plus actif sur le réseau développement durable en ergothérapie depuis que je me forme en santé environnementale, tout ça... euh, que je travaille en extérieur, beaucoup aussi. Enfin beaucoup, voilà, une journée par semaine. Euh ben voilà, je, je me sens plus de légitimité à, à le faire aussi. Il y a le problème aussi, voilà de ça aussi, c'est dans quelle mesure est-ce que nous les ergos, on se sent légitimes ?

- SBP : Oui, c'est ça.

- Ergo n°2 : Là, quand j'ai fait la présentation à mes collègues, euh... Et même moi, hein, quand j'ai ... en fait, je suis arrivée sur le réseau euh plus par curiosité pour voir quel lien il y avait, ça...ça m'était pas, euh ça m'était pas spontanément euh ... coulé de source pour moi, le fait que, enfin, nous les ergos, on avait un rôle à jouer dans les habitudes de vie des gens et le développement durable... Mais à partir du moment où on dit « activité humaine », ben oui, ok (rires).

- SBP : Oui, voilà, c'est ça.

- Ergo n°2 : C'est ça... Sauf que voilà, le lien, il est pas forcément... et du coup, ouais les, les, les questions des collègues, c'était ben ouais « moi je me sens pas trop légitime, euh, etc, etc, et et en fait ben on...on, on l'est pas euh moins que, que euh... à partir du moment où ça rentre dans le plan d'intervention, dans

le projet de soins de la personne, une activité ou une autre, ben on est aussi légitime que.... ben que pour faire autre chose quoi, enfin....

- SBP : ouais, c'est ça... Ok...

- Ergo n°2 : C'est... c'est, c'est plus un moyen, c'est une manière de faire plus que... quelque chose qu'on ajoute en fait, c'est pas une plus-value.

- SBP : C'est ça, ouais.... ... (blanc)... Excusez-moi hein, je prends des notes en même temps.

- Ergo n°2 : Oui, oui, pas de souci, non, non...

- Ergo n°2 : Non, mais parce qu'à un moment donné, je m'étais dit euh... Donc là, sur le fait que moi en tant qu'ergo, j'avais un rôle à jouer, je me suis dit, mais moi, je, enfin... c'est super intime de demander aux gens comment ils font le ménage, comment ils font... Et c'est après coup, je me suis dit : « bah tu leur demandes bien comment ils se lavent, comment ils atteignent leurs pieds, comment ils atteignent leurs fesses, enfin... Donc là je pense que les questions activités, euh, je pense que j'ai déjà pas mal balayé la chose, donc, finalement euh...

- SBP : Oui, l'un dans l'autre... (rires)

- Ergo n°2 : Mais mais c'est vrai. Et ça m'a permis de me rendre compte que finalement, peut-être que des fois euh, alors maintenant je fais, je le fais plus comme ça, mais moi quand j'ai commencé on, je travaillais beaucoup au niveau euh des évaluations d'entrée par interrogatoire, en fait, par questionnaire, et je pense que j'allais pas déjà suffisamment loin en fait, c'est à dire que je m'intéressais pas au mode de chauffage euh, je m'intéressais pas aux problématiques du ménage... Les gens ils me disent « bah oui, je peux faire le ménage », oui ok super. Bah c'est pas pareil d'utiliser un décap'four que de nettoyer son four avec de l'huile de coude, quoi, enfin...

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : Donc il y a, il y a, il y a tout ça aussi en fait et et ça, moi je me suis rendue qu'effectivement dans les..., quand j'utilisais les interrogatoires, j'allais pas suffisamment loin dans l'interrogatoire si j'avais voulu euh causer de ces choses là, ouais.

- SBP : D'accord, OK, et maintenant par contre ça vous le faites euh beaucoup plus facilement.

- Ergo n°2 : Je travaille pas forcément euh sur l'interrogatoire, non, donc du coup je ne vais pas forcément, mais si par exemple la personne elle me dit euh « ben c'est moi qui lavais le four, je sais pas, moi, une fois par an, une fois tous les.. une fois par an, j'en sais rien, euh... là maintenant je peux plus parce que j'ai une tendinite, je sais pas quoi, enfin bref, ben... ouais je je je pense que je questionnerais sur comment ils le font d'habitude. Bah de toute façon, pour tout je leur demande comment ils font d'habitude.

- SBP : Oui...

- Ergo n°2 : Je...voilà. Et puis après, ben l'idée aussi c'est que là où c'est pas toujours évident, c'est que moi dans ma pratique j'essaye aussi d'être moins dans le conseil que dans la recherche de solutions avec le patient, donc l'idée c'est plutôt de, de, de, de à l'aide du questionnement de les amener à réfléchir sur comment ils pourraient s'y prendre pour que ce soit plus accessible pour eux, en fait.

- SBP : Oui donc vous êtes euh, vous utilisez un peu ça comme autre moyen, c'est un peu... pas un Co-Pp, mais quelque chose qui s'en rapproche, quoi.

- Ergo n°2 : Bah c'est de, c'est depuis que, bah que j'ai fait la formation Co-Op. Alors je le faisais déjà avant mais c'est ça a mis des.. des points sur les « i » on va dire, quoi, voilà.

- Ergo n°2 : Et et voilà, l'idée que bah ouais que que les personnes euh... Parce que je me suis rendue compte en fait que effectivement, c'est ce que je disais tout à l'heure, si la solution elle vient pas d'eux, ben c'est, c'est un coup de bâton dans l'eau, hein...

-SBP : oui, exactement...

- Ergo n°2 : Clairement, hein. Que ce soit euh un achat d'aide technique ou un... enfin si le besoin il est pas ressenti vraiment, et que nous on n'a pas pu dire « mais ça, vous savez, vous allez en avoir besoin que sur un temps. Vous allez pas forcément acheter un enfile-chaussettes euh, ou je sais pas quoi », enfin... « Ouais c'est que 5€ »... « Bah oui c'est que 5€ mais c'est quand même un bout de plastique qui va rester dans votre placard d'ici un mois, 2 mois quoi. Ca, on verra à la fin du séjour où vous en êtes et à ce moment-là on l'achètera à ce moment-là ». Donc euh ouais, c'est... En fait, en fait, je pense que c'est un mode de... de comment euh... Disons que c'est surtout les aidants, hein, finalement hein, c'est dans l'idée euh qu'ils veulent faire quelque chose pour la personne qui est aidée, et du coup, ils veulent tchac-tchac, tout de suite euh faire un truc, un autre et acheter acheter, ça en fait partie quoi.

- SBP : Ouais, je comprends.

- Ergo n°2 : On dit ça, mais ça peut être autre chose hein, mais...

- SBP : Ouais, bien sûr... (blanc)... OK, et du coup, est-ce que... J'ai plus que 2 questions (rires) : Est-ce que vous avez observé chez vos patients un un changement de valeur ou de perception sur l'impact de ses occupations sur le le climat et et sa santé ? Est-ce que selon vous ils ont adopté des occupations plus éco-responsables après votre intervention ?

- Ergo n°2 : (rires) Euh, non non, non, je pense pas (rires).

- SBP : Non ?(rires)

- Ergo n°2 : Non, non, ça les fait réfléchir sur le moment. Mais bien souvent, leur idée est déjà fait en fait, enfin...

- SBP : Ah oui...Mais c'est pas grave. Ça veut dire qu'à un moment donné, ils se sont posé les questions et que peut-être dans d'autres occasions, ils vont se poser des questions. S'ils se rendent compte que ce qu'ils ont acheté, finalement, ça reste dans le placard et que moi je les avais, je leur avais dit « Vous savez euh, ... vous en aurez peut-être pas besoin... et que même si vous l'achetez vous savez pas si vous allez en avoir besoin »... Euh, bah si ça reste dans le placard, je pense que, à un moment donné, ils se diront « bah oui, c'est vrai, l'ergo nous avait dit que... ».

-SBP : Ouais...

- Ergo n°2 : Euhm, mais voilà, moi après mon rôle, il s'arrête là en fait, comme je disais, j'ai pas envie de donner forcément trop de conseils, j'ai plus envie que les gens ils se posent des questions, et je pense que c'est une première étape. Parce que, en fait, on entend beaucoup parler, mais ça reste quelque chose du réchauffement climatique, de l'environnement, du développement durable et tout, mais ça reste quelque chose de... euh d'assez abstrait. Même si on voit les conséquences au quotidien, ça reste quelque chose... ben tant que la Chine et l'Amérique n'aura pas fait nin nin nin, tant que euh voilà. Là, en Bretagne euh on on, on a eu des 15°, des 22, enfin pas 20, mais 16° il y a encore 15 jours-là... Tout le monde est content ! (rires). Je dis, mais en fait c'est un peu grave en fait. « Ah ouais mais c'est quand même agréable Jxxxx »... Je dis « bah en fait c'est, c'est bien aussi quand il fait froid et qu'il y a du

soleil ! ». C'est c'est, c'est sympa, mais on n'est pas obligés d'avoir chaud, quoi. Enfin et et du coup bah... et et en fait ouais voilà, c'est que on s'arrange bien quand même des choses telles qu'elles sont en fait et quand on n'a pas des conséquences euh enfin...

- SBP : Oui. Ouais, c'est ça.

- Ergo n°2 : Ouais, Ouais, Ouais. Mais en même temps, moi je trouve que les alternatives elles sont pas euh... J'ai fait un atelier d'automne il y a pas longtemps là. Au final euh bah c'est sûr, hein, moi j'avais drastiquement diminué mon impact carbone là, mais en même temps j'avais tout mis à l'électricité. Bah là ça fait... là, il y avait une coupure encore lundi, tous mes voisins étaient dans le noir là parce qu'ils ont tous des volets électriques. Bah super, ça veut dire que ces jours-là euh, s'ils avaient pas fait le plein de leur voiture, ben ils partent pas en... ils vont nulle part euh, si ils ont pas.... C'est des gens qui ont aussi les plaques vitrocéram, je sais pas quoi, enfin etc, etc. Donc en fait ben de tout miser sur une énergie, je trouve ça tellement, euh bon euh... risqué aussi. Malgré tous les, enfin tous les ... Risqué déjà, d'un point de vue personnel parce que ben voilà là, en l'occurrence, si on avait décidé de manger une raclette lundi midi et qu'on avait des volets électriques et que ceci que cela, qu'il fallait aller acheter la raclette en ville parce qu'on est en campagne, ben c'est clair que notre raclette euh... ben de toute façon déjà on n'avait pas le fromage, et puis en plus on avait pas l'outil, et puis en plus on n'avait pas de lumière, enfin voilà, et et ... voilà. Et... et en même temps euh enfin on sait très bien que euh les autres solutions sont pas top. Voilà. Moi j'ai quand même pas mal de questionnements (rires) qui me font ça, mais il en reste pas mal, ouais.

- SBP : (petits rires)

- Ergo n°2 : Donc euh c'est pour dire surtout que ben moi j'ai pas forcément les solutions, c'est, c'est c'est ce qui est important. C'est pour ça que je dis c'est important, c'est que les gens, ils se questionnent en fait, sur où ils en sont eux par rapport à ça, et que, que effectivement ils voient eux dans quelle mesure ils peuvent impacter sur euh, sur euh... sur toutes ces choses.

- SBP : Ouais... mais pour autant euh, même si vous vous savez pas, vous avez pas de vue sur après leur euh... dans tous les cas euh... savoir si l'idée fait son ch..., enfin vous vous doutez que l'idée fait son chemin, mais bon, pour autant vous voyez pas vraiment de...

- Ergo n°2 : Bah effectivement, je l'espère surtout, en fait. Mais ouais... Mais bah après euh, moi après ce qu'il faut après le séjour, mis à part quand je les revois au séjour de réinduction si je les revois euh, bon ben je, bah oui on peut voir.

- SBP : Uh huh. Hum.

- Ergo n°2 :

Et.. et voilà, mais... Ce qui est difficile aussi, c'est pas de le, de le prendre euh, de de le prendre de manière hautaine.

- SBP : Oui, c'est ça, huh hum.

- Ergo n°2 : Bah c'est ça, c'est à dire que euh ben oui, il faut euh, il faut manger moins de viande et tout ça, mais si les gens euh ils se disent « bah ouais elle est végétarienne euh, donc maintenant elle prend de haut tous ceux qui mangent de la viande » euh...donc euh...

- SBP : huh hum. Oui...

Ok. Euuh... Et du coup ma dernière question c'était en lien : Si si, si, vous aviez observé une, une, un changement d'habitude, est-ce qu'il était pérenne ou pas, est-ce qu'il y a un engagement du patient,

mais du coup ça ne... Ça ne s'applique pas. (...) Euh... Je voulais juste vous demander du coup pour finir si vous aviez quelque chose à rajouter ?

- Ergo n°2 : (...) Euuuuuuuh, ben il faut qu'on s'accroche, quoi ! (Rires)

- SBP : Oui ! (rires)

Ergo n°2 : Mais bon, regardez, on n'est pas les seuls acteurs, hein, dans dans ce truc là, hein, toute façon. C'est euh, un peu euh, voilà enfin, on a une pierre à ... à proposer là, pour monter la maison. Mais mais voilà, on est pas tout seul et euh faut pas se dire qu'on est tout seul.

- SBP : Oui.

- Ergo n°2 : C'est ça le truc. On fait ce qu'on peut. Oui, moi j'en suis à me dire bah voilà, ça les amène à se questionner, à se dire « Ah bah oui j'y avais pas pensé », « l'ergo nous dit ça, j'y avait pas pensé », bon bah voilà, quoi.

- SBP : Ouais... C'est, c'est déjà super que vous arriviez euh franchement à faire ça, et euh à amener le sujet avec vos patients euh, j'en ai pas rencontré, j'ai pas rencontré encore beaucoup de gens (rires), beaucoup d'ergos comme ça, mais c'est super en tout cas.

- - Ergo n°2 : Ouais. Ben oui, mais après je pense qu'on est quand même... Enfin... Je pense que nous en tant qu'ergos, on est quand même des personnes avant tout, avant d'être ergos, et et du coup on est forcément euh influencés par nos propres modes de vie aussi. Même si on essaie de s'en défaire quand on voit quelqu'un. C'est là où je disais il faut faire attention de pas avoir l'air euh condescendant ou quoi. C'est à dire que, c'est pas parce que moi je le fais que je suis un exemple ou une référence, ou quoi, de de telle ou telle chose. Mais en tout cas, c'est c'est surtout de le montrer, bah que c'est possible et que c'est pas forcément euh ... trop compliqué, en fin voilà euh... Et et de reconnaître aussi, ben... pas nos échecs, mais nos limites.

- SBP : Oui, uh hum...

- Ergo n°2 : Voilà... Nous là, dans la famille, on on... on a... On est dans la démarche zéro déchet, bon bah on voit bien que ça a des limites. On voit bien que euh on y arrivera pas euh à faire du zéro déchet à 100%, mais euh... .

- SBP : Hm hum...

- Ergo n°2 : Mais euh, on est déjà bien avancés dans le truc, et puis après ben voilà, c'est d'accepter bah que euh, qu'il y ait un sachet de gnocchis qui arrive dans le frigo, que euh, voilà que... (petits rires)

- SBP : Oui, c'est c'est difficile, mais aussi de se couper de toute euh, toute euh

- - Ergo n°2 : Ben c'est ça, là, euh on sait très bien que le numérique a un impact aussi euh. Bah là on est quand même en visio, euh les enfants, ils ont un portable chacun euh, même si on a lutté, lutté, jusqu'à un certain âge, euh... mais mais en vrai , on les, on les, on les coupe aussi de de choses si on n'accepte pas qu'ils aient ces ces outils-là après, dans leur quotidien, donc euh.

- SBP : Bah c'est ça, ouais...

- Ergo n°2 : Et puis dans les fêtes euh, enfin même à l'école, maintenant tous les profs euh... supposent que tout le monde a un portable, donc du coup ils donnent des devoirs, des enfin... Si pronote existe, on est bien obligés de le consulter de façon, euh... Mais c'est ça, donc euh, voilà, les choses vont dans ce sens-là, et... voilà. Mais là encore, ben...faut questionner. (Rires) Faut questionner, questionner (rires) pour essayer d'amener les consciences, quoi. Mais bon...

- SBP : Oui, c'est ça. Mais c'est pas évident.

- Ergo n°2 : En sachant qu'on n'a pas forcément les réponses à tout, ce que je disais tout à l'heure, hein, parce que effectivement euh, à l'arrivée, tout électrique, euh... N'importe quel coup d'État, et puis on se retrouve avec des factures d'électricité où plus personne peut payer, quoi. (rires) Donc enfin moi je trouve ça dangereux à plus d'un titre quoi, c'est-à-dire que voilà, donc euh... Hum. Et et on sait qu'il va y en avoir, hein, des pas des guerres, mais des... enfin. Pour le numérique, pour euh, enfin toutes ces choses, là, dont on devient complètement dépendant à notre insu. Hum.

-SBP : Ouais, on va pas vers des jours euh ... très... « glorieux » (rires).

- Ergo n°2 : Non. Bah non, non, non. Non bah ouais. Mais bon voilà c'est... On essaye de faire en sorte que... voilà (rires)

- SBP : (rires). Bah merci beaucoup en tout cas.

- Ergo n°2 : Et et ben Ouais...

- SBP : Oui, allez-y, je vous écoute.

- Ergo n°2 : Non je voulais dire, par rapport aux enfants justement, je trouve que euh c'est un bon moyen de... C'est peut-être un public... Après c'est un public vulnérable, mais pas plus que euh une personne qui a fait un AVC ou d'une mamie euh qui a 80 ans euh et qui enfin voilà... Je... C'est aussi des publics vulnérables au fond, hein, donc ? Et, et ce sont eux les forces vives, euh..., ce sont eux qui vont vraiment avoir à vivre avec tout ça, hein ?

- SBP : bah voui...

- Ergo n°2 : Là en ce moment, à la maison, on parle beaucoup des voyages, tout ça, il y a mon frère qui part en grande balade là... Euh... Les enfants, ils me disent « Ah moi je voudrais aller là, là, là ». Bon bah c'est difficile hein de de de lutter, de dire ben n'y vas pas que pour une semaine, n'y vas pas que... parce que ça a un impact quand même temps... « Oui, mais à ce moment-là on vit plus. Vous, vous l'avez fait quand vous étiez jeunes ! ». Bon bah, voilà. Non, non, mais vrai euh...c'était..., et du coup, en termes de ça, ça pose la question de la justice solidaire, ça pose la question de plein de trucs, en fait. Bien au-delà du développement durable, en fait. Même si c'est euh ... lié. Mais ouais, je pense que voilà, hum. Moi je mise beaucoup là sur euh les enfants, sur la connexion qu'ils ont avec la nature, et tout ça, pour que euh, bah, ils se rendent, ils se rendent compte. Et et je pense que euh... là je vois moi j'ai deux ados à la maison, ils sont beaucoup sur les écrans. Donc bah notamment un là, qui est, qui qui qui recherche un stage là, parce qu'il est en 2nde il recherche un stage. Et donc euh bah nous on pensait qu'il voudrait faire un stage plutôt dans l'informatique, tout ça, parce qu'il est tout le temps le nez collé sur l'ordinateur, là. Et bah non. En fait il dit « Bah l'informatique ou bien dehors dans la nature ». Bah dis donc (rires). Donc voilà, il y a des choses quand même qui ...

- SBP : bah très bien ! (rires)

- Ergo n°2 : mais c'est ça. C'est c'est c'est super quoi, parce que du coup, euh....Voilà les choix de vie, enfin dans l'éducation, dans... ou à l'école, ou quoi, ben c'est des choses qui restent après et qui vont au-delà de euh, de ce que, euh, on pourrait souhaiter, en fait. Hum. Voilà.

- SBP : Bah vraiment merci beaucoup, en tout cas pour le temps que vous m'avez consacré. Est-ce que je peux vous demander si vous connaissiez quelqu'un qui serait susceptible de pouvoir me répondre également ?

- Ergo n°2 : Dans les ergos ou d'autres intervenants ?

- SBP : Non, dans les ergos, oui. Des des, des personnes comme vous qui ont des, qui appliquent des gestes éco-responsables avec leurs patients...
- Ergo n°2 : Non, je... Parce que là, en ergo, mais en libéral, c'est surtout de la pédiatrie. Du coup, ça colle pas tellement avec votre besoin.
- SBP : Non...
- Ergo n°2 : Et après euh... euh... y'a Hugo qui travaille dans les, chez Envie Autonomie, ou ce genre de choses là, peut-être qu'il y en a... je sais pas. Ici, en tout cas, c'est pas un ergo. Euhm... Euh... Après en santé alors euh en santé mentale j'allais dire, en libéral là, il y a XXX CCC qui est en France, euh qui est en Suisse pardon...
- SBP : oui, j'ai vu... En Suisse, ouais, mais c'est la santé mentale et c'est pareil euh, j'ai, j'ai dû les, j'ai dû exclure.
- Ergo n°2 : Ah oui. Les exclure... Euh... Euh...Faudrait demander à XXX XXX je pense.
- SBP : Oui ouais, je suis en contact avec elle, hum... Je vais, je vais voir avec elle.
- Ergo n°2 : Ouais, je pense que ce serait une bonne piste là, ouais.
- SBP : Ouais. Ok. Bon ben super, merci encore vraiment. C'est vraiment très très gentil d'avoir accepté de me répondre, et puis aussi rapidement en plus. Donc euh, vraiment je suis ravie. C'est hyper intéressant en plus votre approche, donc c'est c'est génial (rires).
- Ergo n°2 : Tant mieux, je serais intéressée hein, de voir votre mémoire. Du coup à l'occasion.
- SBP : Avec plaisir. Ouais mais oui, parce que du coup je vous ai pas dit ma problématique forcément, mais c'était euh dans quelle mesure, enfin, comment l'ergothérapeute du coup peut-il contribuer à une euh transition occupationnelle euh éco-responsable de ses patients, euh un engagement du patient dans une transition occupationnelle écoresponsable en fait... Mais... voilà, je voulais voir si, comment on pouvait jouer sur les, la prise de conscience des des patients, en fait. Et du coup, vous m'avez parfaitement répondu, donc c'est c'est super.
- Ergo n°2 : Bon bah parfait...
- SBP : Merci encore. Je vous souhaite une bonne continuation. Et puis ben je vous enverrai le mémoire.
- - Ergo n°2 : Bon courage pour la fin. Oui, ah bah je veux bien, je veux bien, vraiment.
- SBP : Ça marche, avec plaisir. Vous pouvez juste m'envoyer le petit formulaire de consentement ? ça serait super.
- Ergo n°2 : Ouais, je le fais tout de suite, je le fais tout de suite.
- SBP : OK, merci beaucoup XXX.
- Ergo n°2 : Bah pas de soucis, au revoir.
- SBP : Au revoir.

Annexe VI – Grille d’analyse

Objectifs	Questions	Critères d'évaluations d'atteinte objectifs	Questions de relance	Ergo n°1	Ergo n°2	Ergo n°3	Ergo n°4
Profil de l'ergothérapeute							
1 - Connaître le profil de l'ergothérapeute interrogé	1 - Pouvez-vous vous présenter ?						
	2 - Combien d'années d'expérience professionnelle avez-vous ?	Années d'expérience	En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'ergo ?	24	26	6	7
	3 - Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre dernier poste ?	Ancienneté dans le poste	En quelle année avez-vous pris vos dernières fonctions ?	8	3	3	5
	4 - Où travaillez-vous ?	Lieu d'exercice (géographique)	Dans quelle région de France ?	RP	Bretagne	Paris	Paris
		Type de structure	Dans quel type de structure travaillez-vous ?	A domicile (Service à la personne, entreprise d'économie solidaire et sociale)	HAD	SSR	SSR/ HDJ
	5 - Quelle typologie de patients avez-vous en soin ?	Typologie de patients : adultes	De quelles pathologies sont atteints vos patients ? (Handicap physique, maladies chroniques, troubles cognitifs (ex : AVC), troubles psychiques, autres ...) L'âge moyen de vos patients ? Quels sont les objectifs de la PEC ? (rééducation ? Réadaptation ? Aménagement du domicile ? Autres ?) Quelle est la durée de la PEC ? (3 semaines ? 3 mois?)	Gériatrie réadapt 1 intervention (aménagement domicile)	Tout type de patho, et tout âge rééducation Entre 3 à 6 mois, variable	Adultes réadapt Moy 3- 4 mois	gériatrie réeduc / réadapt moy 3 mois
	6 - Etes-vous membre du Réseau pour le développement durable en ergothérapie (R2DE) ?	Affiliation à un groupe/réseau	Etes-vous membre d'un autre réseau/groupe (ergo ou non) en lien avec le développement durable ?	Non, aucun, mais partenariat avec Envie Autonomie	R2DE	R2DE	R2DE

Objectifs	Questions	Critères d'évaluations d'atteinte objectifs	Questions de relance	Ergo n°1	Ergo n°2	Ergo n°3	Ergo n°4
Connaissances de l'ergo							
2 - Evaluer l'étendue des connaissances des ergothérapeutes interrogés sur le sujet et leur positionnement	7 - Avez-vous connaissance de la recommandation de la WFOT de 2012 ? (la citer) (" Il est essentiel que les ergothérapeutes, dans leurs rôles centrés sur l'occupation et la performance occupationnelle, travaillent en tenant compte du développement durable tant dans la profession qu'avec les clients et les communautés".)	Connaissance ou non de la recommandation de la WFOT.		Non	Oui	Oui	Oui
	8 - Que pensez-vous de cette recommandation ?	Positionnement vis-à-vis de cette recommandation	Etes-vous à l'aise pour l'appliquer ? Etes-vous en mesure de l'appliquer (moyens suffisants, politique d'établissement soutenant, convictions, freins personnels, question de la pratique patient-centrée... ?)	"On ne peut qu'aller dans ce sens (...), mais maintenant, c'est comment on organise les choses " freins : "ce sont les mêmes que ceux qu'il y a dans la société : inaccessibilité des transports en commun, etc...". Freins de la pratique patient centrée très prégnante. Partenariat avec Envie autonomie : durabilité des AT, économie circulaire. Plus à l'aise pour l'appliquer dans la pratique (optimisation des trajets pour éviter un kilométrage polluant inutile, remplacement progressif de la flotte de véhicule. Autre frein : le temps d'accompagnement, de PEC et son financement : "ce temps d'accompagnement doit être financé. Puisque les études montrent que pour qu'un accompagnement soit efficace dans les changements d'habitudes de vie, on est entre 2 et 3 mois minimum d'accompagnement, et si personne ne paie, c'est difficile de le faire". Autre frein : la résistance au changement chez les PA.	réponse à "êtes-vous en mesure de l'appliquer" : je ne vais pas forcément interférer avec les habitudes des gens. Si ça tient dans le plan d'intervention, je mets sur la table différentes alternatives. N'intervient pas en frontal. Mais intervient si les circonstances s'y prêtent. Donne ex de la patiente avec ATCD de cancer du sein, problème de thyroïde, de difficultés respiratoires, qui utilise un lave-vitre en spray, engendrant des particules volatiles. Pour elle, rôle de l'ergo c'est d'être en lien avec les habitudes de vies des gens et leurs occupations qui ont du sens pour eux. Ne s'estime pas habilitée ou légitime "je ne vais pas leur dire "bah si, il faut faire comme ça et pas autrement, je ne suis pas une activiste". Même si elle dit que les ergos sont patients centrés, si ils ne savent pas quoi choisir comme activité, elle donnent un choix, mais au final c'est le patient qui choisit (vélo d'appartement, ou piscine -> piscine plus impactant pour l'environnement que le vélo)	Difficile à aborder avec les patients, ce n'est pas quelques chose que l'on questionne en premier. Thématiques qui interviennent quand on fait de la cuisine thérapeutique -thème du tri abordé. Freins institutionnels : difficile de faire changer les mentalités, même si chargée de dvpt durable au sein de l'hôpital, donc frein : résistance au changement. Moyens : proposition d'AT de seconde main, et neuf. C'est le patient qui décide. Autre frein abordé plus loin : le temps de PEC. Prend du temps de contacter Envie Autonomie -> charge mentale supplémentaire si n'ont pas l'article souhaité	ne peut être que d'accord avec cette reco. A l'aise pour l'appliquer par la proposition d'AT de seconde main, création d'une plateforme d'économie circulaire. Freins : institutionnels (pas le soutien de son encadrement au début) et financiers.
	9 - Faites-vous le lien entre dérèglement climatique et santé ?	Connaissance de l'impact du dérèglement climatique et santé Evocation des déterminants de santé environnementaux et comportementaux	En quoi selon vous le dérèglement climatique impacte-t-il la santé ?	Oui, évidemment que le dérèglement climatique a un impact sur la santé : canicule, pollution, etc...	Oui, allergies en lien avec l'atmosphère, et "de façon plus générale, en abîmant la diversité, on s'abîme nous-même". Selon elle, on devrait parler de santé au sens large, celle de la flore, faune, et la nôtre. Tout est imbriqué		Oui clairement. "l'impact du dérèglement climatique sur la santé n'est plus à prouver". Qd de relance : montée des températures, pollution, provoquent des maladies respiratoires, des cancers, etc... Et des conséquences indirectes, comme le stress...
	10 - Avez-vous connaissance de la notion de dark occupations ?	Oui/ non. Evocation de la définition des dark occupations	(Donner des exemples de dark occupations en général, puis en lien avec l'écoresponsabilité). Etes-vous d'accord avec ce concept ?	Non, pas du tout connaissance. Qd de relance (d'accord ou pas) : est-ce que c'est aux ergos de traiter ça ? Pourquoi les ergos plus que d'autres, acr c'est un sujet transversal ? -> Légitimité/habilitation + nécessité éducation par les parents et par l'école Pas le temps pour cela, on n'attend pas les ergos sur ce terrain là en France.	Non, pas connaissance de cette notion. Selon elle, connaissance de ce qui est sain ou pas qui rentre en ligne de compte, on manque d'informations claires sur le sujet-> éducation.	Non, ne connais pas. Concept intéressant qui fait réfléchir. Car ça s'entend, mais qu'est-ce qu'on en fait ? "ce qui est difficile avec les pratiques durables, c'est qu'à l'heure actuelle, c'est très dur d'en parler car il ne faut pas être jugeant avec le patient" -> légitimité. MAis de plus en plus de formations sur le sujet qui peuvent contribuer à impliquer les ergos.	En avait connaissance sans en connaître l'appellation. Question relance : "oui, il y a autant d'occupations néfastes que bénéfiques pour la santé"

Objectifs	Questions	Critères d'évaluations d'atteinte objectifs	Questions de relance	Ergo n°1	Ergo n°2	Ergo n°3	Ergo n°4
Pratique de l'ergo							
3 - Repérer de quelle manière l'ergothérapeute accompagne le patient dans une transition occupationnelle écoresponsable							
3a - Repérer si l'ergothérapeute utilise-t-il un modèle conceptuel, et lequel	11 - Utilisez-vous un ou plusieurs modèles conceptuels dans votre pratique, même implicitement ?	Evocation MOH, MCRO, PEO, ETC... Si confusion modèle conceptuel/modèle d'intervention : Co-OP et autres guidances	Lesquels ?	Implicitement, Kawa, CIF	MCRO, et cite One health, qui est plus une approche qu'un modèle conceptuel	PPH, MCRO	MCRO, Kawa
Valeurs patients / Transition occupationnelle							
3b - Evaluer sur quelles dimensions du MOH l'ergothérapeute cherche à agir :	12 - Quelle est votre porte d'entrée pour accompagner le patient ?	Personne-Être / occupations- Agir : Evocation valeurs du patient, conscience, sensibilité, engagement, participation et performance occupationnelles Evocation d'un choix entre agir sur les occupations et agir sur les valeurs. Justification du choix.	Agissez-vous directement sur les occupations du patient, c'est-à-dire sa participation et sa performance occupationnelles, ou plutôt en amont sur les valeurs et habitudes de vie ? Quel serait le plus facile selon vous ? Le plus important/ efficace ? Agir sur les valeurs et habitudes de vies ou sur les occupations ?	Directement sur les occupations, via les AT. Légitimité : "de là à dire que j'agis sur leurs croyances et leurs valeurs, je n'ai pas cette prétention là, j'essaie d'être humble dans ce que je fais"... "Moi dans ma pratique de tous les jours, je suis face à des personnes qui ont de tels problèmes, que je ne leur parle même pas du sujet écologique en fait". Porte d'entrée : Argument économique plus qu'écoresponsable.	sur les occupations des patients, et surtout via des AT. "Moi je suis là pour répondre à la demande des gens, je ne vais pas interférer, ça n'aurait pas de sens..."	Porte d'entrée, ce sont les AT de 2de main. La réutilisation/récup (ancien coussin, ou ancienne housse) pour en faire autre chose. Ecoresponsabilité abordée quand le niveau relationnel le permet, au détour d'une conversation . "Je ne cherche pas à éveiller les consciences, quoi, c'est un peu ça". -> habilitation/légitimité	La porte d'entrée est le motif de la prescription, donc plutôt les occupations, "parce que c'est l'hospitalier qui veut ça. Et les temporalités qui veulent ça aussi". -> durée PEC . "En libéral, j'aborderai les choses autrement, car temporalité n'est pas la même" .
	13 - Quels types d'activités/occupations mettez-vous en place avec vos patients ?	Evocation d'occupations écoresponsables avec leur patient	Pouvez-vous me donner des exemples ?	Mise en place d'AT, ou dispositifs tels que éclairage automatique. Mise en place d'ateliers de prévention primaire, "où le sujet peut certainement être plus abordé". "C'est toute une culture qu'on doit mettre en œuvre" -> éducation .	Conseil sur Ménage, sport en plein air, motricité fine avec matériaux disponible au domicile (pois chiche, bille, etc...). Et sensibilisation à l'achat pas systématique, mais réfléchi, même si remboursé par sécu. Argument souvent financier .	pas d'activités précises, essentiellement des AT de seconde main. Sujet abordé pendant atelier cuisine, car pas de tri des déchets à l'hôpital.	AT, que ce soit proposition d'économie circulaire pour acquérir l'At, ou bien pour une sortie de matériel qu'ils ne souhaitent plus. Et éducation sur l'entretien des AT (au sujet maintenance, entretien, pour prolonger la durée de vie de l'AT). Difficile de faire des activités sur transports en commun ou alimentation, car population qui ne sort plus de chez elle, et qui ne sont plus en capacité de se faire à manger (portage repas).
	14 - Dans quel contexte les mettez-vous en place ?		(Demande du patient ? Suggestion au patient ? Imposé au patient ?)	Suggestion aux patients	Suggestion au patient	Suggestion au patient quasiment, proposition de 2 solutions et choix du patient.	Suggestion aux patients, donne un choix. Mentionne le fait que des lignes de sécu existe pour l'entretien et maintenance des fauteuils, etc...

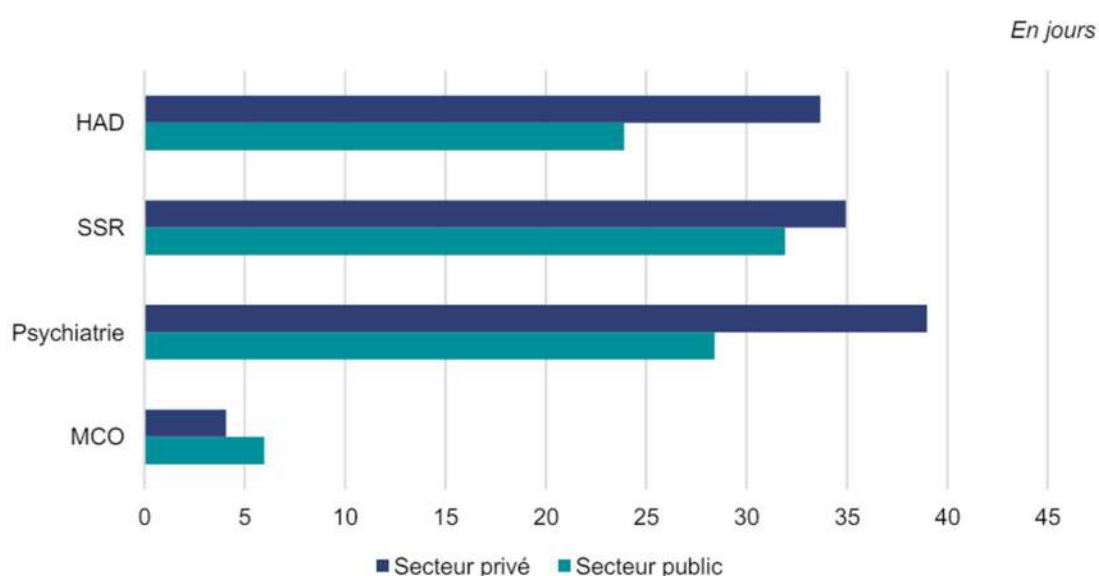
Objectifs	Questions	Critères d'évaluations d'atteinte objectifs	Questions de relance	Ergo n°1	Ergo n°2	Ergo n°3	Ergo n°4
3b - Evaluer sur quelles dimensions du MOH l'ergothérapeute cherche à agir :	15 - Abordez-vous ce sujet avec vos patients, et celui de l'intérêt de l'écoresponsabilité/développement durable ?	Evocation de discussions en lien	De quelle façon abordez-vous le sujet ? Dans quel contexte ? AT ? Gestion de la maladie ? Freins ? Parvenez-vous à éduquer / donner des informations à vos patients sur le lien entre santé et dérèglement climatique ? Ou vous sentez-vous en capacité / habilité à le faire ? Vous appuyez-vous sur des données scientifiques ?	Non Freins : difficile de modifier les habitudes de vie de cette génération là	Oui, arrive à aborder le sujet si patients accessibles. "Ca suppose quand même de bien avoir affirmé la relation thérapeutique " -> temps PEC. Ne peut pas aborder le sujet dès le 1er jour. Se fait dans la conversation, sujet pas abordé avec tous les patients. Question de relance sur transmission infos scientifiques : " l'appuie tout ce qui est santé environnementale , même si je ne donne pas les références, il faut quand même que ça soit digeste" -> éducation . Senibilisation des collègues aussi. Mais frein : Sphère de l'intimité des patients : "Ca touche quand même pas mal à l'intime des gens... ça peut être mal vécu quand même d'intervenir là-dessus, donc c'est pas toujours faisable". -> habilitation, légitimité .	Pas vraiment. Freins : ne sens pas légitime à en parler. "Je suis tout à fait d'accord avec la WFOT, et je trouve qu'on est tout à fait à même d'évoquer cette thématique parce qu'on est dans les occupations, et donc au plus près de la vie de tous les jours, mais je pense que je ne me sens pas (mais c'est le gros pb des ergos) toujours légitime pour en parler". En plus, prescription médicale "compliqué d'aller au delà", thématique qui peut être jugeante, patient peuvent mal le prendre". et beaucoup de choses à aborder avec les patients. Aborder le sujet "pourrait tout à fait avoir sa place dans l'anamnèse, le bilan d'entrée, au moment où on questionne les habitudes de vie, où on questionne les repas..." Mais après, quest-ce qu'on en fait de ces infos, comment on les traite ? et pourquoi moi plus qu'un autre ? -> donc conscience que faisable, mais résistance au changement. -> discours ambivalent.	non, pas forcément. Pas opportun dans mes accompagnements d'aborder ça, les gens ont autre chose à penser" -> légitimité, temps de PEC. Sujet abordé seulement si c'est naturel dans les conversations. Si le sujet vient d'une manière ou d'une autre, je peux l'aborder assez naturellement ".
	16 - Comment réagissent vos patients lorsque vous leur proposez des occupations écoresponsables ?	Evocation de la présence ou non d'une analyse réflexive du patient	Sont-ils parfois réticents / Quels sont leurs freins ? Selon vous, est-ce que cela les fait réfléchir sur leurs propres occupations ?	Acceptent volontiers, mais plutôt pour des raisons économiques .	Sont tous d'accord, mais ne mettent pas en pratique. Demande un accompagnement . Mais " quand c'est accompagné, ça marche "	non, à chaque fois, sont enthousiastes. Aspect économique qui prime.	certaines sont réticentes : freins d'hygiène sur les AT notamment. Mais dans l'ensemble, acceptent volontiers. Aspect économique en première ligne. Qté relance : est-ce que ça les fait réfléchir ? -> sur ce qu'ils vont faire du matériel après
	17 - Selon vous, vos patients ont-ils conscience du lien entre dérèglement climatique et santé ?	Evocation des déterminants de santé environnementaux et comportementaux	Et selon vous, vos patients ont-ils conscience du lien entre dérèglement climatique et leur propre santé personnelle ?	non, hormis pollution type amiante. Dépend certainement du lieu de vie (se demande si vivait dans le Nord avec inondations à répétitions. Et surtout, génération qui a mieux vécu que la génération précédente, avec espérance de vie en hausse, meilleure santé que celle de leurs parents. Et "Ils ont vécu le progrès, donc leur dire que ce progrès aujourd'hui se retourne contre eux, ils ne l'entendent pas".	Non, ne font pas le lien. Va dépendre des pathologies.	Non. "Très aléatoire de l'éducation, des milieux sociaux, des milieux de vie". Propre à chacun	Une partie est renseignée , oui, notamment lien entre pollution et santé. Mais ne se sentent pas responsable à titre individuel pour autant. Et pas conscience avec leur propre santé à eux. -> reste un concept global

Objectifs	Questions	Critères d'évaluations d'atteinte objectifs	Questions de relance	Ergo n°1	Ergo n°2	Ergo n°3	Ergo n°4
3c - Repérer si l'ergothérapeute utilise un moyen tel que l'entretien motivationnel (Ou un moyen s'en rapprochant) ?	18 - Parmi vos outils et moyens d'intervention, utilisez-vous un moyen tel que l'entretien motivationnel ou un moyen s'en rapprochant ?	Utilisation de l'EM	Si non, pourquoi ? Ne connaît pas l'outil ? Connaît mais n'est pas suffisamment formée ? Ne l'a pas envisagé dans ce type de PEC ?	Non. Pas formé et n'en ressent pas le besoin. A d'autres outils très pragmatiques "et ça suffit à mes financeurs", parce que les financeurs "ne nous attendent pas sur ces sujets là". "De façon très pragmatique, je fais pourquoi je suis financé".	Non, car pas formée. Formée en écoute active	Non, utilise un bilan d'entrée, mais c'est tout.	Pas tel quel, mais oui en HDJ, car plus de temps de parole . Utilisation de l'OSA et OT-HOP dans ce but là, "cest de pouvoir guider des entretiens un peu similaires, d'aider les personnes à investir leurs activités de la bonne manière".
	19 - Dans la mesure où cet outil permet de gommer/réduire l'ambivalence du patient entre ses habitudes de vie qu'il sait mauvaises, et sa volonté d'améliorer son état de santé, pourriez-vous envisager de l'utiliser ?	Acquiescement ou négation. Expression d'une volonté de l'utiliser	Si non, quels seraient vos freins ? Manque de formation sur l'outil ? Autre ?	Non	freins : le temps de PEC , "il faut avoir du temps pour mettre en place les habitudes. Et pour faire une habitude, il faut entre 60 et 90 jours pour mettre une habitude en route. Sauf que c'est pas toujours ça qui arrive en début de séjour. Donc on ne peut pas accompagner sur ... une durée suffisamment longue pour que les habitudes se prennent ". Autre frein : Légitimité , "Dans quelle mesure, nous les ergos, on se sent légitimes ?" "Je prends un peu plus d'aplomb depuis que je me suis formée en santé environnementale, je suis plus active sur le R2DE. (...) Avant, ça ne coulait pas de source pour moi que nous le sergots on avait un rôle à jouer dans les habitudes de vie et le dvpt durable. Mais à partir du moment où on dit 'activité humaine', bah oui, ok". Question de l'intimité des gens : super intime de leur demander comment font le ménage, mais pas plus que de leur demander comment ils se lavent, si ils atteignent leurs pieds ou leurs fesses".	Oui, c'est une bonne idée, pour la sensibiliser et adapter la manière d'intervenir. "Serait un bon outil pour pouvoir le faire avancer", "mais est-ce j'arriverais à le faire, sachant que je ne sais pas si je vais réussir à me sentir légitime ".	Par conséquent, oui.
3d - Repérer les autres moyens utilisés par l'ergothérapeute	20 - Quels autres moyens/outils d'interventions utilisez-vous, même implicitement ?	EM, Guidances (Co-Op, ETP, autres...) Connaissance MIOT (peu probable)	Par ex, participez-vous à un programme ETP ? Utilisez-vous l'approche Co-Op ? ou autre guidance ? EM ? TCC ? Quel serait selon vous le plus efficace ? Quelle est la meilleure manière de faire ?	Non	Approche Co-op (formée). "J'essaie moins d'être dans le conseil que dans la recherche de solution avec le patient. L'idée, c'est plutôt à l'aide du questionnement de les amener à réfléchir sur comment ils pourraient s'y prendre". "Si la solution ne vient pas d'eux, et bien c'est un coup de bâton dans l'eau"	un photo-langage, car permet de parler de ce qu'il y a sur la photo. Utilisée pdt formation Plan health Fair (formation qui va être proposée à tous les fonctionnaires d'ici 2027 à la demande du gvt). "cela met le patient au centre des pratiques. Du coup il est cacteur et en même temps, ça fait éveiller les consciences".	programme type ETP, mais surtout approche des aidants.

Objectifs	Questions	Critères d'évaluations d'atteinte objectifs	Questions de relance	Ergo n°1	Ergo n°2	Ergo n°3	Ergo n°4
Valeurs patients / transition occupationnelle							
4 - Repérer si les ergothérapeutes constatent une évolution des valeurs des patients vers plus d'écoresponsabilité dans leurs occupations, et un engagement des patients dans une transition écoresponsable ?	21- Avez-vous observé chez vos patients un changement de valeurs et de perception de l'impact de ses occupations sur le climat et sa santé ?	Oui/non/ ne sait pas. Evocation d'un discours du patient plus écoresponsable, d'engagement dans des occupations éco-responsables Evocation de la prise de conscience par le patient du lien entre dérèglement climatique et santé.	<i>Selon vous, ont-ils adopté des occupations plus écoresponsables ? Pouvez-vous me donner des exemples ?</i> <i>Si non ou ne sait pas : pensez-vous que malgré tout, le patient a pris conscience du lien entre ses occupations, le dérèglement climatique et sa santé personnelle ?</i>	non. Ce n'est pas un sujet qui est abordé.	Non, "Ca les fait réfléchir sur le moment, mais leur idée est déjà faite, en fait. Mais c'est pas grave, ça veut dire qu'à un moment donné, ils se sont posé des questions, et que peut-être dans d'autres occasions, ils vont se poser des questions". Mais mon rôle s'arrête là (...) j'ai pas envie de donner forcément trop de conseils, j'ai plus envie que les gens se posent des questions, et je crois que c'est une première étape". "Ce qui est difficile aussi, c'est de ne pas le prendre de manière hautaine" -> relation verticale vs horizontale.	non, pas assez de recul, compliqué de faire changer les habitudes	Non, mais le fait que touche à la santé à un impact sur l'aspect solidaire. Réattribution de valeurs sur le non-gaspillage. La récupération, le non-gaspillage
	22 - Selon vous, si changement il y a, ce changement de valeurs et/ou de d'habitudes de vie est-il pérenne ? Pourquoi ?	Evocation de sa croyance ou non relative au changement du patient.	<i>Pour quelles raisons (estimez-vous que oui/non) ? Quelles sont les limites à cette pérennisation ?</i>	Qt° non applicable.	Qt° non applicable.	Qt° non applicable.	Chez certains, si ça perdure, c'est grâce au côté solidaire. "C'est très porteur en terme de valeur"
	23 - Avez-vous qq chose à rajouter ?		Revient sur <u>légitimité</u> : "Je ne me sens investi d'une mission pour changer les mentalités et les valeurs de mes patients. Jusqu'où je peux aller, moi, pour modifier les valeurs des gens ? "Qui je suis moi pour dire que ce que vous faites n'est pas bien ? " "Est-ce que c'est aux ergos de se saisir de ces sujets là ?" "C'est un sujet d'éducation, il faut éduquer la jeune génération" Sur <u>élargissement</u> du rôle de l'ergo : pas d'accord. "Gardons une ergothérapie d'expertise, de soin, de sanitaire".	Il faut qu'on s'accroche ! On a une pierre à proposer pour monter la maison -> <u>éducation nécessaire</u> .	non		Avant de convaincre les patients, il faut convaincre les collègues -> <u>éducation</u> .
	Connaitriez-vous d'autres ergos susceptibles de pouvoir me répondre ?			Non	Non	Oui -> coordonnées par mail	Non, mais va y réfléchir

Annexe VII – Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2021 (DREES, 2023)

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2021



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ;

HAD : hospitalisation à domicile.

Champ > France, y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR et PMSI-HAD 2021, traitements DREES, pour l'activité de MCO, de SSR et de HAD ; DREES, SAE 2021, traitements DREES, pour la psychiatrie.

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (2023). *Les dépenses de santé en 2022 - Fiche 5 Le secteur hospitalier*. Panoramas de la DRESS - Santé.

Résumé

Ergothérapie et écoresponsabilité dans l'accompagnement des patients

Introduction : Le dérèglement climatique est dû aux occupations humaines et constitue selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la principale menace sur la santé. La Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT) invite les ergothérapeutes à adopter une approche écoresponsable dans sa pratique professionnelle et avec les patients. **Question de recherche :** l'enquête menée avait pour objectif de définir par quels moyens l'ergothérapeute peut contribuer à l'engagement du patient dans une transition occupationnelle écoresponsable. **Méthode :** Quatre entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes ayant une approche écoresponsable avec leurs patients. **Résultats :** Il n'a pas été prouvé que les outils permettant une évolution des croyances du patient, basée sur l'apport d'informations scientifiques probantes par l'ergothérapeute, pouvaient favoriser un engagement du patient dans une transition occupationnelle écoresponsable via une évolution de ses valeurs et habitudes de vie. Les freins principaux invoqués sont le manque de légitimité ressenti par les ergothérapeutes interrogés et la durée trop courte de prise en soin pour pouvoir mettre en place un tel accompagnement du patient. Cependant la formation des ergothérapeutes sur le sujet du développement durable et la mise en place par les autorités sanitaires de campagnes de promotion et de programmes de prévention à destination du grand public pourraient contribuer à lever ces freins. **Conclusion :** Cette enquête a cependant montré qu'un tel accompagnement était possible, suscitant une amorce de réflexion tant chez le patient que chez l'ergothérapeute. Il appartient désormais aux ergothérapeutes et aux instances thérapeutiques de se saisir du sujet.

Mots clés : Ergothérapie, Écoresponsabilité, Transition occupationnelle écoresponsable, Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), valeurs.

Abstract

Occupational Therapy and sustainability in clients' care

Introduction: Climate change is due to human occupations and represents the main threat to health, according to the World Health Organization (WHO). The World Federation of Occupational Therapists (WFOT) invites occupational therapists (OT) to adopt an eco-responsible approach in their professional practice and with clients. **Research question:** the objective of the survey was to define the tools by which the OT can contribute to the client's engagement in an eco-responsible occupational transition. **Method:** Four semi-structured interviews were conducted with OTs who have an eco-responsible approach with their clients. **Results:** It has not been proven that the tools allowing a change in the beliefs of the client, based on the contribution of scientific evidence by the OT, could foster clients engagement in an eco-responsible occupational transition through a change in their values and lifestyle routines. The main obstacles cited are the lack of legitimacy felt by the OT interviewed and the duration of care which is too short to set up such support for the client. However, the training of occupational therapists on sustainable development and the implementation by health authorities of promotion campaigns and prevention programs for the public could help to remove these obstacles. **Conclusion:** However, this survey showed that such support was possible, triggering a beginning of reflection both for the client and for the occupational therapist. It is now up to occupational therapists and OT institutions to take up the subject.

Keywords: Occupational therapy, Eco-responsibility, Eco-responsible occupational transition, MOHO, values