



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
(ADERE)
52 rue de Vitruve – 75020 Paris

**Accompagnement de la participation occupationnelle et de la
qualité de vie en ergothérapie chez les personnes atteintes de la
BPCO**

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Alice CHEN
Session Juin 2026

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

Tout d'abord, je tiens à remercier ma maître de mémoire, Madame Anne-Sophie CAILLE pour avoir accepté d'encadrer ce travail de recherche. Je la remercie de sa disponibilité, de son temps accordé à mon accompagnement et des retours qu'elle m'a faite pour mener à bien ce projet.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE pour leur enseignement, leur implication au quotidien et leur bienveillance tout au long de ces trois années d'étude et dans ce travail.

Je remercie l'ensemble des ergothérapeutes qui ont accepté de participer à l'enquête de recherche.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance à mes camarades de promotion, ma famille et mes amis pour leur soutien infailible, leur présence dans les moments de doute, leur écoute, leurs encouragements rassurants, ainsi que pour le temps accordé à la relecture de ce mémoire dans ce projet et durant ces trois années d'étude.

Table des matières

TABLE DES FIGURES.....	
INTRODUCTION.....	1
CADRE CONCEPTUEL.....	4
I. La Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).....	4
1. Définition, étiologie et épidémiologie.....	4
2. Diagnostic.....	5
2.1. Formes cliniques de la BPCO et Trouble Ventilatoire Obstructif (TVO).....	5
2.2. Évaluer la sévérité de la maladie.....	6
3. Dyspnée et spirale de déconditionnement.....	7
4. Conséquences de la BPCO dans les occupations.....	10
II. Parcours de soin et réadaptation respiratoire.....	12
1. Dépistage.....	12
2. Traitements médicamenteux : bronchodilatateurs et oxygénothérapie.....	13
3. Traitements non-médicamenteux : réadaptation respiratoire (RR).....	14
3.1. Education Thérapeutique du Patient (ETP).....	15
3.2. Réentraînement à l'effort.....	16
3.3. Equipe pluriprofessionnelle.....	16
III. Ergothérapie, participation occupationnel et qualité de vie.....	18
1. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	18
2. Participation occupationnelle et qualité de vie.....	20
3. L'accompagnement en ergothérapie.....	22
3.1. Les évaluations et le Model Of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) 22	
3.2. Adaptation des occupations : conservation de l'énergie et gestion de la dyspnée.24	
HYPOTHÈSE DE RECHERCHE.....	26
I. Synthèse du cadre conceptuel.....	26
II. Formulation de l'hypothèse de recherche.....	26
CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	27
I. Méthodologie d'enquête.....	27

1. Choix de l’outil d’enquête.....	27
2. Construction de l’outil.....	28
3. Choix de la population d'intérêt.....	28
4. Modalités de passage des entretiens et recueil des données.....	29
II. Présentation et analyse des résultats.....	30
1. Modalité d'analyse des données recueillies.....	30
2. Présentation et analyse des résultats.....	30
2.1. Caractéristiques des ergothérapeutes et de leurs lieux d’exercice.....	30
2.2. Vécu des patients au quotidien avec la maladie.....	31
2.3. Intervention de l’ergothérapeute.....	34
2.4. Éléments non-évoqué dans l’entretien qui leur semble pertinent.....	41
DISCUSSION.....	42
I. Confrontation au cadre conceptuel.....	42
II. Vérification de l’hypothèse.....	45
III. Limites et biais.....	46
CONCLUSION.....	47
I. Apports.....	47
II. Perspectives.....	48
BIBLIOGRAPHIE.....	49
TABLE DES ANNEXES.....	59
Annexe I.....	60
Annexe II.....	61
Annexe III.....	66
Annexe IV.....	67
RÉSUMÉ.....	86

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Echelle mMRC

Figure 2 : Classification GOLD “A-B-E”

Figure 3 : Spiral de déconditionnement

Figure 4 : Modèle de l’Occupation Humaine

INTRODUCTION

Au cours de ma deuxième année d'étude en ergothérapie, je découvre la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive -BPCO-, une maladie respiratoire, lors d'un cours de pneumologie dispensé par un médecin. Progressivement, je prends conscience de l'importance de cette pathologie sur le système de santé et de l'enjeu majeur de santé publique qu'elle représente. A l'échelle mondiale, elle deviendra la quatrième cause de mortalité en 2030 (HAS, 2020). En 2021, elle a été responsable d'environ 5% de la mortalité mondiale (OMS, 2024). En France, cette maladie touche 5 à 10% des plus de 45 ans et entraîne plus de 18 000 décès annuels (Santé Publique France, 2019). De fait, le ministre de la Santé et des Solidarités avait mis en place un programme d'action "Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO" entre 2005 et 2010, dont les objectifs étaient de réduire la fréquence d'apparition de cette pathologie, d'améliorer le dépistage et de renforcer les connaissances et les recherches sur la BPCO (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005). Ce programme a permis d'avoir une première structuration des enjeux de la BPCO et de son accompagnement. Toutefois, actuellement, la pathologie reste sous-diagnostiquée et en constante progression. C'est pourquoi, la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) a proposé un plan secondaire intitulé "Faire de la BPCO une urgence de santé publique" entre 2018 et 2022. Ce n'est pas un plan officiel, mais une proposition de recommandation politique (SPLF, 2017).

Néanmoins, malgré l'importance de ces chiffres, je n'ai, à titre personnel, que très peu rencontré de personnes présentant la BPCO au cours de mes différentes expériences de formation. Cette méconnaissance de la maladie m'a questionné sur l'impact d'une maladie chronique progressive dans les occupations de la personne. En effet, c'est une pathologie qui se manifeste par des symptômes généraux -toux, expectoration, essoufflement - avec une installation insidieuse s'aggravant avec le temps (INSERM, 2020). Elle est également marquée par des périodes d'exacerbation qui se définissent comme "une aggravation des symptômes respiratoires au-delà de 24h causée par une infection, la pollution, un agent irritant, s'accompagnant de tachypnée et/ou tachycardie" (SPLF, 2022). Cette évolution peut amener à des conséquences significatives sur la réalisation des occupations -que ce soit la sphère des soins personnels, de productivité ou encore de loisirs- en conduisant la personne à adapter, à réduire voire à abandonner certaines activités du quotidien allant jusqu'au déconditionnement. (Le Guillou, 2017).

De plus, lors de ce cours de pneumologie, le médecin souligne une problématique centrale que rencontrent ces personnes : la notion de cercle vicieux. C'est un enchaînement de causes et de conséquences qui s'aggravent mutuellement. Ce processus qui s'auto-alimente de manière négative et qui rend difficile la sortie de la situation pour la personne (Larousse, 2025). Ce médecin explique qu'il s'agit d'un ensemble de facteurs qui sont en interaction les uns avec les autres (psychologique, affective, environnementale, habitude de vie...). Cette idée trouve un écho notamment avec les principes fondamentaux de l'ergothérapie, qui considère la personne comme un être en interaction constante avec ses occupations et son environnement. Les occupations sont essentielles à l'épanouissement individuel et au maintien des relations sociales. Ainsi, les différentes sphères que sont la personne, l'environnement et les occupations interagissent entre elles, et l'ergothérapeute intervient précisément dans cette dynamique d'interaction (Doussin, 2024). Dans ce contexte, ce cercle vicieux est une composante importante à prendre en compte dans l'accompagnement, puisqu'il peut entraîner des conséquences sur les occupations de la personne.

De ces constats, je me suis questionnée sur la présence de l'ergothérapie auprès de ces personnes : à quel moment l'ergothérapeute intervient-il dans le parcours de soin? Quels sont ses moyens d'intervention spécifique à cette population? Quel rôle joue-t-il? Ces personnes bénéficient-elles d'un accompagnement en ergothérapie?... En poursuivant mes recherches, je prends connaissance de la réadaptation respiratoire -RR-. C'est "un ensemble de moyens proposés au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique pour réduire le handicap et améliorer la qualité de vie." en hospitalier ou en ambulatoire. Elle fait appel à une équipe pluriprofessionnelle à laquelle l'ergothérapeute peut prendre part (SPLF, 2010). Les objectifs de la réadaptation respiratoire mettent en avant une concordance avec les valeurs et les principes de l'ergothérapie, notamment à travers la notion de qualité de vie, qui est la façon dont une personne perçoit sa place dans la vie, en lien avec sa culture, ses valeurs, ses objectifs, ses attentes ainsi que ses préoccupations (OMS, 1999). Ce concept s'inscrit dans la philosophie de l'ergothérapie, puisque la qualité de vie d'une personne se traduit par ses occupations. (Hammel, 2018). En effet, c'est un professionnel de santé qui a pour objectif de "prévenir et modifier les activités délétères pour la santé [...] 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, 2025). Toutefois, très peu d'ergothérapeutes interviennent dans ce domaine, et encore moins spécifiquement dans ce cadre. Actuellement, aucun chiffre officiel ne permet de quantifier cette présence. La

littérature ne recense que vaguement la présence d'ergothérapeutes à ce moment du parcours de soins.

Pour approfondir cette réflexion et pour mieux comprendre la place de l'ergothérapeute dans ce domaine, j'ai réalisé un entretien pré-exploratoire auprès d'une ergothérapeute travaillant en RR. Cet échange m'a permis d'affiner ma question de recherche et de confirmer que les ergothérapeutes ont une place dans cette étape du parcours de soin.

J'ai donc choisi d'aborder dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche l'accompagnement des personnes présentant une BPCO dans leur participation occupationnelle et leur qualité de vie. Ainsi, l'ensemble de ces informations et réflexion m'ont permis de préciser ma question de recherche :

Comment l'ergothérapeute intervient-il pour favoriser la participation occupationnelle et la qualité de vie auprès d'adultes atteints de la BPCO en réadaptation respiratoire?

Pour mettre en avant les fondements de ma question de recherche, je développerai dans mon cadre conceptuel qui se divise en trois parties : la définition de la BPCO et ses répercussions sur les occupations, le parcours de soin et la réadaptation respiratoire et l'accompagnement que peut proposer l'ergothérapeute. Par la suite, je vous présenterai mon hypothèse de recherche et la méthodologie de mon enquête. Les résultats seront analysés et sujets à une discussion. Enfin, pour conclure ce projet de recherche, des pistes de réflexion seront proposées.

CADRE CONCEPTUEL

I. La Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)

1. Définition, étiologie et épidémiologie

La Classification Internationale des Maladies, 11e version (CIM-11) définit la BPCO par “une limitation persistante du débit d’air, généralement progressive associée à une réponse inflammatoire chronique accrue des voies respiratoires et du poumons aux particules ou aux gaz nocifs”. Cette limitation du débit d’air est caractérisée par des symptômes respiratoires qui sont chroniques : toux, expectorations et dyspnée (Collège des Enseignants de Pneumologie, 2023). Les expectorations sont communément appelées “crachat” et la dyspnée correspond à la perception d’une respiration difficile ou inconfortable ressentie lors de situations qui ne causent généralement pas de gêne. (CIM-11, 2025). La maladie débute par une toux et des expectorations. Progressivement, ces symptômes s’aggravent, et la personne éprouve un essoufflement lors des efforts. À un stade avancé, la respiration devient difficile même au repos. Elle se caractérise par une inflammation des bronches aboutissant au rétrécissement de leur calibre et à une surproduction de mucus (VIDAL, 2025).

Elle est principalement causée par le tabagisme, responsable de plus de 80% des cas. D’autres causes peuvent être également être mentionnées telles que la pollution de l’air, les environnements professionnels ou domestiques exposant à des poussières (le charbon, la silice, les végétaux) ou à des agents chimiques (la moisissure), les infections des voies respiratoires (au cours de l’enfance, VIH, tuberculose) ou encore une composante génétique (INSERM, 2017).

En 2010, 7% soit 3,5 millions de la population française souffraient de cette maladie. Cependant, ce chiffre est à considérer avec prudence. En raison d’un sous-diagnostic important, la prévalence et l’incidence réelle de la maladie restent sous-estimées : entre 66 et 90% des personnes présentant la BPCO ne sont pas diagnostiquées (HAS, 2020). Un délai moyen de 17 mois est estimé entre l’apparition des premiers signes et le diagnostic formel de la BPCO. Les premiers symptômes surviennent généralement après 40 ans chez une personne avec un passé tabagique. Cependant, lorsque les patients deviennent symptomatiques,

c'est-à-dire lorsque les symptômes s'installent et ont un impact sur les activités, leur moyenne d'âge dépasse souvent 60 ans (Santé Respiratoire France, 2025).

Ainsi, ce sous-diagnostic et le retard dans le repérage de cette pathologie m'amène à m'interroger sur les critères d'identification de la BPCO. Dans la continuité de la réflexion, nous allons chercher à comprendre les critères permettant de poser un diagnostic formel BPCO, caractériser les formes cliniques et en évaluer la sévérité.

2. Diagnostic

2.1. Formes cliniques de la BPCO et Trouble Ventilatoire Obstructif (TVO)

La BPCO comprend deux entités cliniques : la bronchite chronique et l'emphysème.

La bronchite chronique se définit de façon clinique : “une toux productive qui dure au moins 3 mois par an et un minimum de deux ans d'affilée” (Henderson, 2011). En ce qui concerne l'emphysème, il se définit de façon histologique ou radiologique : “un élargissement anormal et permanent des espaces aériens distaux aux bronchioles terminales qui s'accompagne d'une destruction des parois de l'espace aérien, sans fibrose évidente” (CIM-11, 2025). Elle se suspecte sur une radiographie et s'affirme sur un scanner thoracique (Collège des Enseignants de Pneumologie, 2023).

La BPCO est marquée par la présence d'un Trouble Ventilatoire Obstructif (TVO). En l'absence de ce trouble, ces deux entités ne s'inscrivent pas dans la définition de la BPCO. Il s'agit d'une réduction des débits expiratoires maximaux. Le TVO est diagnostiqué par la spirométrie qui mesure le Volume Expiratoire Maximal à la première Seconde (VEMS) et la Capacité Vitale Forcée (CVF) pour réaliser un rapport entre ces deux variables (Collège des Enseignants de Pneumologie, 2023). En effet, les bronches s'élargissent lorsque les poumons sont gonflés et se rétrécissent lorsque le volume pulmonaire diminue. Pendant la spirométrie, la personne expire vers le Volume Résiduel (VR). Si les bronches sont anormalement étroites, alors le débit expiratoire (VEMS) est réduit. Donc, le rapport VEMS/CVF baisse aussi (Degano, 2017).

2.2. Évaluer la sévérité de la maladie

La sévérité peut être évaluée selon deux approches : clinique et/ou fonctionnelle.

Pour la sévérité clinique, ce sont les résultats de la spirométrie et du VEMS répartis en quatre stades (SPLF, 2010) :

- Stade I : c'est le stade léger. Il est défini par un VEMS > 80% de la valeur prédite. En général, la personne n'a pas de dyspnée.
- Stade II : c'est le stade modéré. Il est défini par un VEMS compris entre 50% et 80% de la valeur prédite. Une dyspnée d'effort peut être présente.
- Stade III : c'est le stade sévère. Il est caractérisé par un VEMS entre 60% et 50% de la valeur prédite. Une dyspnée est présente avec une diminution de la capacité d'exercice et de la fatigue.
- Stade IV : c'est le stade très sévère. Le VEMS est inférieur à 30% ou à 50% de la valeur prédite avec de l'insuffisance respiratoire grave.

Pour la sévérité fonctionnelle, elle s'évalue en fonction de la dyspnée à l'effort et de la fréquence d'exacerbation avec la classification GOLD "A-B-E". Cette classification s'appuie sur l'échelle mMRC (medicalResearch Council) (Collège des Enseignants de Pneumologie, 2023). L'échelle mMRC a cinq stades :

Stade 0 :	je suis essoufflé uniquement pour un effort important
Stade 1 :	je suis essoufflé quand je me dépêche à plat ou quand je monte une pente légère
Stade 2 :	je marche moins vite que les gens de mon âge à plat ou je dois m'arrêter quand je marche à mon rythme à plat
Stade 3 :	je m'arrête pour respirer après 90 mètres ou après quelques minutes à plat
Stade 4 :	je suis trop essoufflé pour quitter ma maison ou je suis essoufflé rien qu'à m'habiller

Figure 1 : Echelle mMRC. Tirée de Collège des Enseignants de Pneumologie. (2023).

La classification GOLD répartit les patients en trois groupes :

- groupe A : faible risque d'exacerbation et peu de symptômes. Le mMRC est inférieur à 2.
- groupe B : faible risque d'exacerbation et des symptômes significatifs. Le mMRC est supérieur à 2.
- groupe E : risque d'exacerbation (plus de 2 exacerbations par an avec hospitalisation).

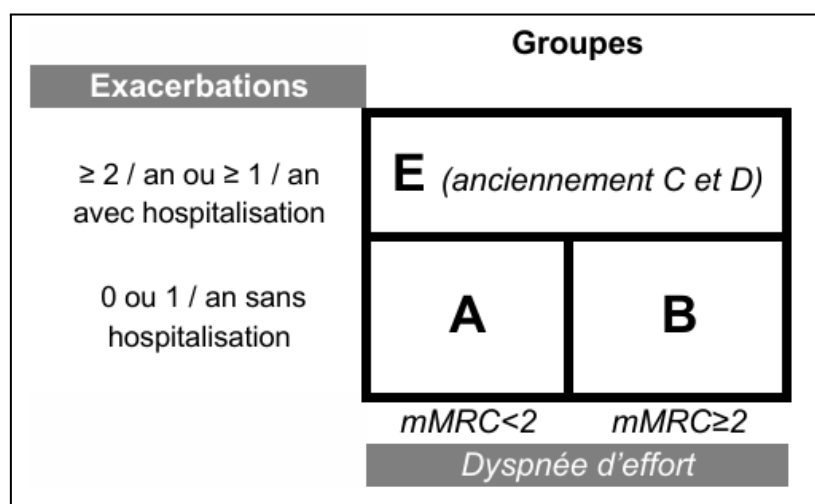


Figure 2 : Classification GOLD “A-B-E”. Tiré de Collège des Enseignants de Pneumologie. (2023).

Donc, l'évaluation de la sévérité fonctionnelle souligne l'impact significatif de l'évolution des symptômes. Parmi ces symptômes, la dyspnée est le point de départ d'un mécanisme néfaste qui est la spirale de déconditionnement, dont les répercussions s'étendent bien au-delà de la fonction pulmonaire. En effet, le quotidien du patient met en avant que la dyspnée est le symptôme central de la maladie. Elle impacte la réalisation des occupations de la personne et de sa qualité de vie de façon significative, ce qui peut conduire jusqu'à un déconditionnement physique et psychologique. (Aguilaniu, 2009)

3. Dyspnée et spirale de déconditionnement

La dyspnée est le principal symptôme rapporté par les patients. Elle est centrale et majeure dans la BPCO. C'est un déterminant majeur de la qualité de vie et est directement liée à la

limitation dans la vie quotidienne. Elle dépend de différents facteurs, dont notamment sensoriel et affectif, que nous détaillerons par la suite. (Morélot-Panzini, 2015)

Ces composantes sensorielles sont évoquées et expliquées dans l'étude de Banzett et al. (2020) qui mentionne les composantes sensorielles et émotionnelles de cette maladie. De fait, les patients décrivent cette sensation comme un "éléphant sur la poitrine" ou encore "un boa constrictor". Les patients parlent parfois de "air hunger" qui peut se traduire par 'faim d'air'. Ils ont alors conscience de respirer physiquement, tout en ayant l'impression de ne pas recevoir suffisamment d'oxygène. Ainsi, respirer devient difficile. Elle nécessite des efforts et de la concentration, ce qui peut entraîner une fatigue mentale. L'impact émotionnel de l'essoufflement peut dépasser l'inquiétude et aller jusqu'à la panique. En effet, l'anxiété suscite une respiration plus rapide et superficielle, ce qui peut renforcer la dyspnée et à son tour l'anxiété.

L'inconfort ressenti lors de la dyspnée amène les personnes à réduire voire à éviter les activités quotidiennes (Ferrali, 2009). La tolérance à l'effort est diminuée, même lors d'activités légères, ce qui peut entraîner un choix à faire entre réduire les activités de vie quotidienne ou réaliser un effort important pour les maintenir. La diminution de la réalisation de ces activités est un facteur de diminution de la qualité de vie et peut favoriser les difficultés respiratoires (Aguilaniu, 2009). En science de l'occupation, ne plus réaliser ni participer à ses occupations a pour conséquence de ne plus ressentir de plaisir et de perdre le choix, ce qui altère donc le bien-être (Connor, 2016). Cet abandon s'explique dans un premier temps par un déclin des capacités de la personne et de son organisme. En effet, la dyspnée et le déconditionnement physique entraînent une perte de compétences. Les capacités de la personne antérieures à la maladie, permettant de réaliser les occupations, deviennent progressivement limitées. La participation aux activités demande plus d'efforts, d'énergie et d'organisation. Face à ces difficultés et au décalage entre les activités réellement réalisées et les activités souhaitées restreint le sentiment d'efficacité personnelle, amenant le patient à éviter certaines situations ou activités. (Kaptain, 2020). Cette adaptation comportementale s'inscrit dans un contexte spécifique. Les efforts sont de moins en moins intenses et de plus en plus pénibles. C'est la "spirale de déconditionnement" ou le "cercle vicieux" de la dyspnée. C'est un modèle théorique introduit en 1983 par A. Young. Ce déconditionnement physique se traduit par une réduction du nombre de fibres musculaires. Lors d'un effort important, la

voie anaérobie remplace la voie aérobie ce qui donne lieu à une libération accrue d'acide lactique, provoquant l'augmentation de la ventilation, et donc de la dyspnée (Ramon, 2018).

Cette diminution de la réalisation des occupations a aussi des conséquences au niveau social, notamment une perte progressive des rôles sociaux. Certaines personnes n'arrivent plus à assurer leur rôle, comme celui de conjoint, d'époux, de parent, d'ami...etc. Ainsi, de cette perte de rôles sociaux en découle une altération des habitudes de vie et des routines. (Avsar, 2011). L'étude de Michalovic et al. (2020) souligne que ce sont les activités de loisirs et sociales effectuées à l'extérieur du domicile qui sont souvent délaissées en premier au profit des activités de soins personnels et de productivité. Cet abandon s'explique d'une part par la sévérité de la maladie, mais aussi par l'anxiété liée à la dyspnée et la peur de faire une crise respiratoire à l'extérieur. (Michalovic, 2020). Cette situation est aussi retrouvée dans l'étude de D'Amore et al. (2022) qui explique que la perte de rôles sociaux est en corrélation avec la diminution du sentiment d'efficacité personnelle et la présence de restrictions au niveau environnemental, ce qui limite les capacités du patient à maintenir ou créer des interactions sociales (D'Amore, 2022). Progressivement, la diminution de ces situations de participation entraîne une réduction des liens sociaux, ce qui provoque à terme un isolement social (Suen, 2023).

Finalement, progressivement, c'est la dimension liée au sens de l'Agir qui est impactée, entraînant une perte de sens dans les occupations. En effet, à un stade avancé de la maladie, rester en vie devient plus important que ce qui donne envie de vivre, ce qui enferme le patient dans un quotidien de plus en plus limité et sans projet (Giacomini et al., 2012). Le fait de ne plus pouvoir réaliser des activités en accord avec ses valeurs et ses habitudes coupe la routine de tous les jours et l'engagement dans les occupations (Lindenmeyer et al., 2016). Ainsi, privée d'activités importantes pour elle et pouvant être restreinte dans des activités essentielles primaires, la personne peut se retrouver dans une situation de déséquilibre occupationnel (Hammel, 2018). Dans cette perspective, la personne n'est plus dans une situation de participation occupationnelle. Son quotidien n'est plus marqué par les composantes de plaisir, de choix et de motivation, qui sont les piliers du bien-être selon la science de l'occupation (Connor, 2016).

De plus, Aguilaniu et al. (2009) mentionnent également "la spirale de désengagement" que rencontrent ces personnes. Il le définit comme un processus psychodynamique nourri par la

perte du “désir de faire”, elle-même liée à une dépréciation de soi et à un isolement face à une souffrance. Ainsi, il conclut que l’amélioration des capacités physiques est nécessaire, mais insuffisante. Un regain physique ne se traduit pas spontanément par une reprise de l'activité. Le désir de faire est la composante principale.

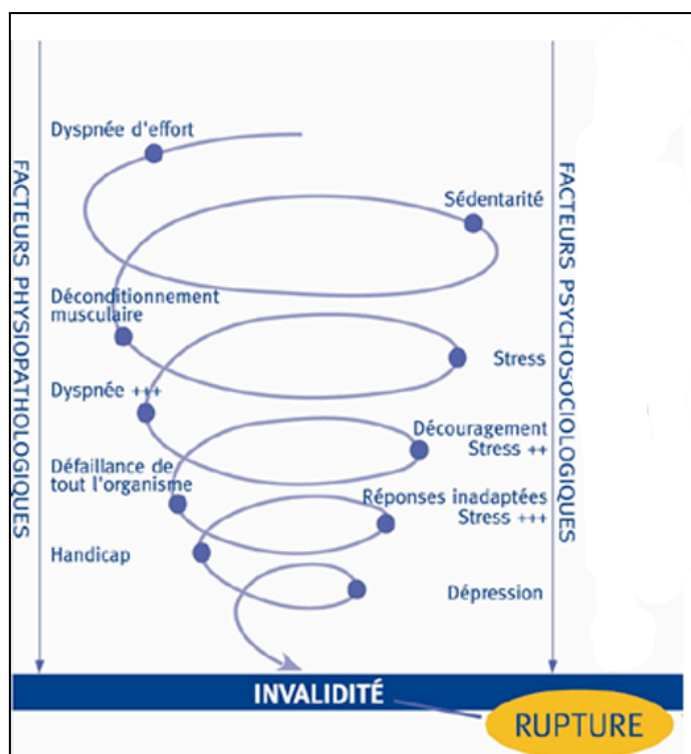


Figure 3 : Spirale de déconditionnement. Tirée du support d’information du Dr. Bonnaud (n.d).

4. Conséquences de la BPCO dans les occupations

La BPCO est une maladie qui a des conséquences sur plusieurs domaines de la vie quotidienne, que ce soit dans les soins personnels (exemple : psychologique), la productivité (exemple : financière, professionnelle) et/ou les loisirs (exemple : sociale). Dans l’étude de Le Guillou et al. (2017), 74% des patients interrogés déclarent avoir des difficultés à monter les étages. 39% des patients ne se sentent pas soutenus par leurs proches, 23% expliquent que leurs relations amicales se sont dégradées et 53% leurs relations sexuelles. Pour l’activité professionnelle, 86% des personnes interrogées ne font plus leur travail et 33% ont changé de métier.

Au quotidien, les personnes peuvent se retrouver en difficulté pour des activités demandant des efforts physiques, telles que marcher sur une certaine distance, monter/descendre les escaliers, porter des charges ou encore se déplacer rapidement ou sur un sol incliné. De plus, faire le ménage, les courses, cuisiner en station debout durant une certaine durée, étendre le linge ou encore réaliser des gestes de façon répétée devient difficile pour la personne atteinte de la BPCO. Donc, toutes les tâches qui nécessitent d'avoir les bras dépassant la ceinture scapulo-humérale sont compliquées. C'est le cas par exemple pour ranger la vaisselle en hauteur ou encore étendre le linge (Kaptain, 2021). Cette position utilise les muscles respiratoires accessoires de la respiration (au niveau du cou) au lieu d'utiliser des muscles respiratoires (Velloso, 2006). Les soins personnels tels que la toilette ou l'habillage sont difficiles. En effet, les positions comme se pencher en avant compriment l'abdomen bloquant le diaphragme. C'est le cas par exemple pour faire les lacets de ses chaussures ou encore se sécher les pieds (Velloso, 2006). Par conséquent, le rythme des occupations diminue, le besoin de pause est plus fréquent, l'apprentissage de position d'économie à l'effort est recommandé. Au niveau des activités sociales, elles connaissent aussi une réduction : diminution des sorties, des loisirs, des interactions sociales et, un isolement social progressif (Perez, 2013). Les répercussions de cette maladie touchent également la sphère de productivité. Les personnes présentant la BPCO ne rencontrent pas uniquement des arrêts de travail ponctuels, mais une modification progressive de leur parcours professionnel. La progression de la dyspnée, la fatigue, la diminution de l'endurance réduisent les capacités au travail sur une période prolongée. Les épisodes d'exacerbations provoquent des arrêts maladies répétés. Au fil de l'évolution de la pathologie, certaines personnes connaissent des difficultés à maintenir leur emploi, doivent aménager leur temps de travail, prendre des postes adaptés, se réorienter professionnellement ou changer de métier, et pour certains sortir définitivement du marché du travail. Ainsi, la BPCO provoque progressivement une désorganisation du parcours professionnel pouvant conduire à une rupture de ce parcours conduisant parfois à une inactivité précoce (Boudet, 2024).

Avec toutes ces difficultés et le déconditionnement qui modifie le quotidien, maintenir la participation dans les occupations est très important. Ainsi un accompagnement global est essentiel pour limiter l'impact de la maladie. C'est l'objectif du parcours de soin et de la réadaptation respiratoire, qui permettent d'aider le patient du dépistage jusqu'à ce qu'il réapproprie son quotidien.

II. Parcours de soin et réadaptation respiratoire

1. Dépistage

Dans le rapport Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease -GOLD- (2025), le concept de “pré-BPCO” est mentionné. C’est un état intermédiaire à risque d’évolution (présence de symptômes respiratoires et/ou anomalies structurelles) vers la maladie, avant l’apparition d’une obstruction bronchique diagnostiquée. Cette notion permet d’identifier les personnes qui sont déjà dans un développement possible de la pathologie à haut risque d’évoluer vers la BPCO et/ou chez lesquelles une intervention précoce peut être favorable. Elle souligne l’intérêt du repérage des symptômes précoces, de la prévention et d’un suivi au long et court terme. Cette notion s’inscrit dans la continuité de cette compréhension de la maladie comme évolutive et progressive.

C’est pourquoi, les professionnels de santé doivent être attentifs aux facteurs de risque tels que le dépistage du tabagisme, les facteurs environnementaux et l’exposition professionnelle à des toxiques ou des irritants. Ils doivent aussi s’interroger sur les symptômes précoces que sont la toux et/ou les expectorations fréquentes et/ou la dyspnée. La maladie peut être découverte durant des épisodes de bronchite hivernale ou encore dans le cadre d’un suivi d’une comorbidité. En outre, un auto-questionnaire (cf. Annexe I) peut être réalisé en première intention. Si la personne présente une réponse positive sur les trois questions, une spirométrie est alors nécessaire pour confirmer le diagnostic (HAS, 2014).

De plus, les personnes atteintes de la BPCO sont sujettes aux comorbidités, c’est-à-dire l’association de deux maladies au moins (Larousse, 2025). En moyenne, c’est cinq comorbidités (INSERM, 2017). Les principales sont : les maladies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque, maladie coronarienne -ischémie-, arythmie, hypertension artérielle), les maladies métaboliques et musculo-squelettiques (ostéoporose, dysfonctionnement musculaire, diabète), le cancer du poumon, les infections ainsi que l’anxiété et la dépression (GOLD, 2025). La Haute Autorité de Santé (2014) explique que l’identification et la prise en soin des comorbidités est souvent une occasion pour initier le processus de diagnostic de la BPCO : c’est une porte d’entrée.

Ainsi, une fois le diagnostic et la sévérité de la BPCO connus, un accompagnement est mis en place. Les traitements sont instaurés, que ce soit médicamenteux ou non-médicamenteux : hygiène de vie (arrêt du tabac, activité physique), éducation thérapeutique, vaccinations (antigrippale pour diminuer le risque de mortalité et de complication en cas de grippe, anti-pneumocoque pour se protéger contre les infections à pneumocoques susceptibles d'entraîner une aggravation de l'état respiratoire) et réadaptation respiratoire (Santé Publique France, 2019). Puis, un suivi au long cours coordonné par le médecin traitant et le pneumologue se réalise pour assurer une observance des traitements, éviter les épisodes d'exacerbations ainsi que favoriser le maintien à domicile. Une consultation tous les 3 à 12 mois selon la sévérité est recommandée (HAS, 2014).

2. Traitements médicamenteux : bronchodilatateurs et oxygénothérapie

Actuellement, la BPCO est une maladie qui est essentiellement traitée par des médicaments ciblant les symptômes. A ce jour, il n'existe pas de traitement de fond. Le traitement pharmacologique repose principalement sur les bronchodilatateurs. Il existe deux types de bronchodilatateurs : les bronchodilatateurs de courte durée d'action (β -2-agonistes et anticholinergiques) et de longue durée d'action. Ils sont administrés par inhalation (VIDAL, 2023). Ils ont pour objectifs "la prévention et le contrôle des symptômes, la réduction de la fréquence et de la sévérité des exacerbations permettant ainsi l'amélioration de la tolérance à l'exercice et de la qualité de vie" (SPLF, 2010).

En première intention, les personnes prennent des bronchodilatateurs de courte durée d'action. Ils sont à la demande et utilisés en cas de dyspnée et de limitation d'exercice. Lorsqu'il existe une persistance des symptômes, une association thérapeutique est possible en seconde intention. La personne prend deux bronchodilatateurs de longue durée d'action, si le symptôme principal est la dyspnée seule ou associée à des exacerbations. Finalement en dernière intention, si les exacerbations persistent, une triple association médicamenteuse peut être proposée (HAS, 2014).

Lorsque la personne se trouve en stade d'insuffisance respiratoire, l'oxygénothérapie ou encore la ventilation mécanique sont mises en place afin de favoriser le pronostic de la

personne et sa qualité de vie. La transplantation pulmonaire peut être aussi réalisée dans les formes sévères. (Académie Nationale de Médecine, 2019).

3. Traitements non-médicamenteux : réadaptation respiratoire (RR)

L'association des traitements médicamenteux à des mesures non-médicamenteuses est recommandée pour ralentir l'évolution de la maladie et favoriser son pronostic (GOLD, 2025).

La réadaptation respiratoire est un traitement non pharmacologique. Elle peut être réalisée à domicile ou en milieu hospitalier. Dans ce mémoire, nous aborderons uniquement celle effectuée en milieu hospitalier. Elle se réalise sous prescription médicale par le médecin ou le pneumologue. C'est une prise en soin globale et pluriprofessionnelle qui dure en moyenne 6 à 8 semaines. Elle a pour objectif de permettre aux patients de maintenir une santé physique et psychologique en favorisant les capacités fonctionnelles et en l'adoption à long terme à un comportement bénéfique pour sa santé. Elle comprend plusieurs mesures : le réentraînement à l'effort individualisé, l'Éducation Thérapeutique du Patient -ETP-, la kinésithérapie respiratoire, le sevrage tabagique et une prise en charge nutritionnelle et psychosociale (SPLF, 2010).

Elle est destinée aux personnes souffrant d'une dyspnée, d'une intolérance à l'effort et/ou d'une diminution des occupations en lien avec leur maladie, en état stable (léger ou sévère) ou à la suite d'un épisode d'exacerbation. Les contre-indications sont principalement liées aux maladies cardiovasculaires à l'exercice, à une instabilité de la respiration, des troubles évolutifs en corrélation avec la BPCO (SPLF, 2010).

Néanmoins, des points de vigilance doivent être pris en compte pour la mise en place de ce programme. Le manque de motivation ou l'inobservance dans les traitements sont des éléments à considérer. Si la personne a des habitudes antérieures marquées par un manque d'exercice, si elle semble avoir une faible confiance dans la perspective d'adopter de nouveaux comportements favorables à sa santé et d'obtenir des résultats satisfaisants, ce sont également des informations auxquelles il faut être attentif (HAS, 2014).

3.1. Education Thérapeutique du Patient (ETP)

L'ETP est un des éléments centraux de la réadaptation respiratoire. Il s'agit d'un programme visant les personnes touchées par une maladie chronique. L'entourage, tel que les aidants, peut également en bénéficier. Il a pour objectif d'"aider le patient à acquérir ou à maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux leur vie avec la maladie" (HAS,2007). La finalité est de permettre au patient d'avoir des ressources pour prendre des décisions avec la volonté de modifier l'impact de la maladie sur la santé et d'avoir la capacité de s'adapter dans son environnement (HAS, 2007).

Ce parcours éducatif débute par un Bilan Éducatif Partagé (BEP)/diagnostic éducatif, sous la forme d'un entretien. Le professionnel de santé explore plusieurs dimensions pour mieux comprendre sa personnalité, son contexte de vie, sa culture, sa réalité et ses attitudes face à la maladie. L'objectif est d'identifier les besoins pour personnaliser au mieux son parcours au cours du programme d'ETP. A la suite de ce bilan, les compétences d'auto-soins et d'adaptation à acquérir sont définies et les objectifs du parcours sont formulés, en collaboration avec le patient. Les objectifs sont élaborés avec la méthode SMART, c'est-à-dire qu'ils sont spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et déterminés dans le temps. Puis, le patient participe aux différents ateliers, en groupe ou en individuel, selon les objectifs et les besoins définis en amont. Enfin, l'ETP se conclut par une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme afin de voir l'évolution du patient, actualiser le diagnostic éducatif, coordonner les professionnels et proposer une nouvelle offre d'ETP adaptée à l'évolution de la maladie et aux attentes (HAS, 2007).

Différents thèmes et sujets sont abordés. Dans le cadre de la BPCO, ce sont notamment les informations sur la pathologie, les différentes approches thérapeutiques, comment réagir et que faire en période d'exacerbation, les directives anticipées et l'arrêt du tabac qui sont abordés (GOLD, 2025). De plus, comme mentionné précédemment, l'apparition et l'installation des symptômes se fait de manière progressive et donc le déconditionnement également. Le patient peut s'habituer à sa dyspnée et à la diminution de ses capacités. Ainsi, l'ETP peut avoir pour objectif de faire prendre conscience à la personne de cette situation (Ferrali, O et al., 2012).

3.2. Réentraînement à l'effort

Le réentraînement à l'effort est un autre élément central de la réadaptation respiratoire. Il est souvent réalisé par les kinésithérapeutes. Il repose sur l'association entre des exercices d'endurance aérobie (utilisation de l'oxygène pour produire de l'énergie) et du renforcement musculaire pour augmenter le seuil anaérobie (point où le métabolisme ne suffit plus à fournir de l'énergie nécessaire aux muscles et le corps commence à produire de l'énergie via la voie anaérobie lactique), améliorer l'utilisation de l'oxygène par les muscles ce qui permet de diminuer le travail respiratoire nécessaire à un effort, et donc la sensation d'essoufflement (Rochester, 2023).

De plus, le rapport de GOLD. (2025) indique que les programmes efficaces de réentraînement à l'effort privilégient des intensités hautes, supérieures à 60% de la capacité maximale de travail, avec en moyenne 3 séances par semaine sur 8 à 12 semaines pour obtenir des changements physiologiques. Pour les entraînements d'endurance, la marche ou le cyclisme sont souvent utilisés. Pour les patients qui ont des difficultés à supporter un effort prolongé, l'entraînement par intervalle peut être proposé. Il permet de fractionner l'effort tout en restant efficace.

Dans la continuité, le groupe de travail Alvéole de la SPLF explique que ce réentraînement doit être individualisé, avec une intensité entre 60 et 80% de la puissance maximale de la personne, intégré à une démarche d'éducation thérapeutique pour favoriser la poursuite de l'activité physique sur le long terme.

3.3. Equipe pluriprofessionnelle

La réadaptation respiratoire s'appuie sur une équipe pluriprofessionnelle. Dans cette équipe, les professionnels de santé présents sont : le médecin généraliste, le pneumologue / médecin de la Médecin Physique et de Réadaptation (MPR), le masseur-kinésithérapeute, l'Enseignant d'Activité Physique Adaptée (E-APA), le diététicien, le psychologue, l'assistante sociale et l'ergothérapeute. L'ensemble de ces professions peuvent également intervenir dans le programme d'ETP du patient (HAS, 2010).

Le médecin généraliste et le pneumologue/MPR coordonnent les soins. Ils collaborent avec les différents professionnels de santé pour s'assurer de la continuité des soins et du maintien des acquis avec un suivi au long court. Le médecin généraliste prescrit la réadaptation respiratoire, évalue les comorbidités et vérifie l'absence de contre-indications à la mise en place des traitements. Il garantit aussi un suivi médical régulier du patient. De plus, il est "en première ligne dans la prise en charge et le suivi des patients atteints de la BPCO.". Il joue un rôle clé dans le dépistage précoce et l'orientation vers la RR (Galera, 2017). Le pneumologue / le médecin MPR prescrit les modalités de la RR et met en place un accompagnement personnalisé. Il supervise le programme, adapte les objectifs thérapeutique et effectue le bilan de fin du programme pour évaluer l'évolution et orienter la poursuite du suivi (SPLF, 2010).

Le masseur-kinésithérapeute est au cœur de la réadaptation respiratoire. Il a pour objectif d'améliorer les capacités à l'effort, l'endurance musculaire et renforcer les muscles respiratoires et périphériques. Ainsi, il propose des exercices de renforcement musculaire, d'endurance (le vélo, la marche, les montées d'escaliers ou encore des exercices de renforcement musculaire) en augmentant progressivement l'intensité tout en surveillant la saturation en oxygène. Il enseigne également des techniques pour optimiser le contrôle du rythme respiratoire (respiration lente et contrôlée, expiration prolongée, améliorer la coordination entre la respiration et l'effort) et la gestion du piégeage aérien, comme les stratégies de désencombrement pour évacuer les sécrétions des bronches ou encore la respiration à lèvres pincées (Beaumont, 2023).

L'E-APA utilise des activités physiques, sportives ou artistiques pour développer et maintenir une activité physique. Dans un premier temps, il réalise un bilan (condition physique en général, niveau d'activité physique et de sédentarité...). Puis, il construit un accompagnement personnalisé avec le patient. Il propose des exercices pour favoriser la pratique d'une activité physique sur le long terme et aide le patient à intégrer l'activité physique dans son quotidien après la fin du programme en orientant vers des structures, des associations... sportives (Ministère de la santé, des Familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, 2025).

Dans les recommandations des Hautes Autorités de Santé (HAS). (2010), le diététicien réalise une évaluation de l'état nutritionnel de la personne. Il surveille la masse musculaire, le poids et adapte les apports nutritionnels en fonction de ses activités physiques. Le psychologue propose un accompagnement psychologique avec par exemple des groupes de parole, des

entretiens individuels... Il intervient dans la gestion du stress, de la motivation et du bien être. Enfin, l'assistante sociale aide le patient dans les démarches administratives et sociales pour faciliter la prise en charge globale et l'accès aux droits.

Ainsi, au sein de la réadaptation respiratoire et de cette équipe interprofessionnelle, l'ergothérapeute occupe une place essentielle, notamment dans la prise en compte des freins et des leviers en adaptant dans la vie quotidienne à travers l'apprentissage de la gestion du souffle et de l'économie à l'effort et en participant dans le travail éducatif du patient (Ferrali, 2009).

III. Ergothérapie, participation occupationnel et qualité de vie

1. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui appuie sa pratique sur un modèle conceptuel. C'est "une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique." (Morel-Bracq, 2017, p9). Il existe des modèles conceptuels dits interprofessionnels et des modèles conceptuels dits occupationnels élaborés par les ergothérapeutes, comme le Modèle de l'Occupation Humaine -MOH- par Gary Kielhofner (Doussin, 2024).

Dans ce modèle, le fondement théorique est que l'humain est un "être occupationnel". C'est en agissant que nous nous construisons et que nous définissons qui nous sommes. Les occupations sont "une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel. » (Doussin, 2024, p87). Ces occupations sont influencées par l'environnement, et notre engagement dans ces occupations dépend de notre motivation, de nos habitudes de vie, de nos rôles et de nos capacités (Taylor, 2017, p111).

C'est pourquoi, nous retrouvons trois parties : l'Être, l'Agir et le Devenir. L'Être constitue les composantes de la personne :

- la **volition** est ce qui permet à la personne de s'engager. Elle inclut les valeurs, les intérêts et le sentiment d'efficacité personnelle.
- **l'habituat**ion fait référence aux habitudes, aux routines.
- la **capacité de performance** renvoie aux composantes physiques, mentales et à l'expérience subjective du corps. (Daussin, 2024, p88).

L'Agir est lorsque la personne est en action. On retrouve la participation occupationnelle (occupation de loisir, de productivité, de vie quotidienne), la performance occupationnelle (les tâches) et les habiletés qui sont les plus petites actions observables. Enfin, le Devenir est la formation de l'identité et des compétences occupationnelles, grâce à l'Agir et à l'Être, permettant à la personne de pouvoir s'adapter. Ainsi, dans ce contexte, l'ergothérapeute a pour objectif d'aider la personne à s'adapter et à participer à ses occupations. Elle l'accompagne dans son engagement en prenant en compte sa motivation, ses habiletés et l'environnement (Doussin, 2024, p90).

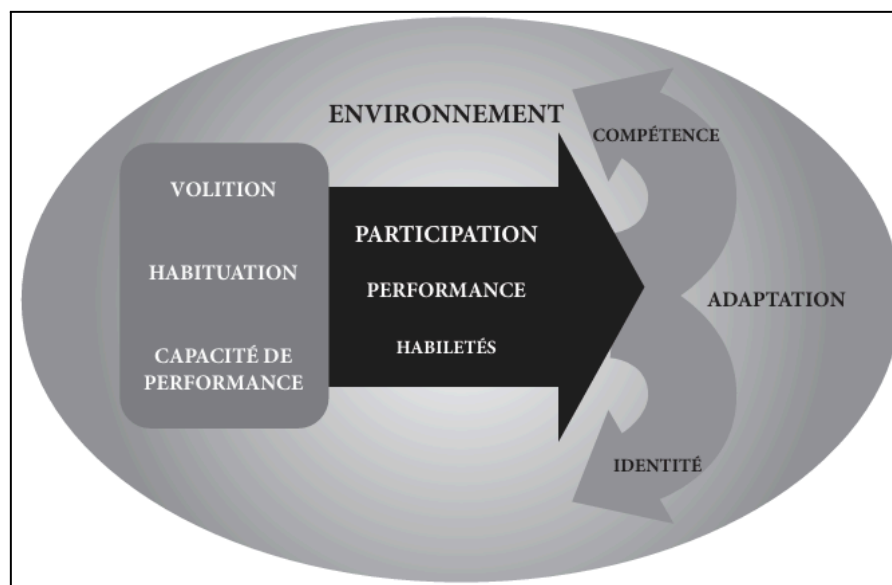


Figure 4 : Modèle de l'Occupation Humaine. Tirée de Doussin, 2024, p91.

Dans l'approche du MOH, la volition est ce qui pousse la personne à s'engager dans ses occupations. Elle guide et oriente les choix et donne un sens aux occupations. (Daussin, 2018, p88). Elle représente l'organisation des pensées et des sentiments personnels, et soutenue par les expériences. La volition se construit progressivement à travers la répétition des expériences vécues. C'est un processus dynamique dans lequel la personne anticipe, choisit,

expérimente et interprète ses actions. La répétition de ce cycle permet d'orienter les choix des occupations reposant sur l'apprentissage du vécu. (Taylor, 2017, p111-112).

La volition regroupe trois composantes :

- la causalité personnelle : sentiment de compétence et d'efficacité comme la perception de soi, comment la personne se juge capable de réaliser l'activité
- les valeurs personnelles : convictions individuelles, ce qui est important pour la personne.
- les centres d'intérêts : ce que la personne trouve agréable, ce qui lui procure de la satisfaction et à être attiré par telle ou telle occupation, que la personne s'y engage ou non. (Daussin, 2018).

Donc la volition tente de répondre à trois questions au sujet de nos pensées et nos sentiments: “Suis-je apte à réaliser cette occupation; a-t-elle une valeur pour moi et est-ce que j'aime cela?” (Traduction libre, Taylor, 2017, p51)

Cette conception de l'être humain comme l'acteur de sa propre construction fait écho dans le contexte de la santé respiratoire. De fait, ce modèle semble pertinent pour accompagner les personnes atteintes de la BPCO. Il introduit les notions de participation occupationnelle et qualité de vie.

2. Participation occupationnelle et qualité de vie

L'Organisation Mondiale de la Santé -OMS- (2001) définit la participation comme “le fait de prendre part à une situation de vie réelle qui permet à l'individu d'être un membre de la société avec ses expériences et son contexte de vie”. En ergothérapie, dans l'approche du MOH, la participation est le premier niveau de l'Agir. Elle reprend l'idée de la définition que donne l'OMS de la participation, c'est-à-dire “l'engagement effectif de la personne dans les occupations” (Doussin, 2024, p89), mais la dimension occupationnelle est ajoutée dans la conception. La participation ne se limite plus à la prise d'action dans une situation, mais renvoie à une idée plus spécifique. C'est à travers les occupations et la participation à ses occupations que la personne peut atteindre la santé et le bien être (Taylor, 2017, p110).

Cette participation occupationnelle est influencée par l'expérience subjective dans l'Agir. "S'engager dans des occupations situées dans un contexte socio-culturel, désirées et/ou nécessaires pour le bien-être de la personne. La participation occupationnelle correspond à un engagement qui implique non seulement la réalisation d'activités mais aussi l'expérience subjective dans l'Agir" (Taylor, 2024). En effet, l'implication d'une personne dans ses occupations est influencée par sa motivation, son organisation, ses capacités et ses restrictions (LME, 2018). Cette idée est en accord avec les travaux de Meyer (2013), qui la définit comme « l'engagement, par l'activité, dans des situations de vie dans un contexte social ». Dans cette perspective, l'engagement est une composante personnelle et unique à chaque personne. Une personne engagée ne se contente pas de réaliser l'occupation, elle en retire un bénéfice sur sa perception de son bien être et donc de sa santé. (Meyer, 2013).

Ainsi, la participation occupationnelle est considérée comme une composante, un vecteur pour promouvoir la qualité de vie. (Hammel, 2018). L'OMS définit la qualité de vie comme "la perception qu'ont les individus de leur situation dans la vie, dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels ils vivent et par rapport à leurs objectifs, leurs attentes, leurs normes et leurs préoccupations " (Traduction libre, OMS, 1999, p11). Puisque cette qualité de vie est influencée par "la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation des individus avec les caractéristiques de son environnement" (OMS, 1999).

Néanmoins pour que cette participation occupationnelle ait un effet positif sur le bien être, elle doit être volontaire. Cette dimension volontaire s'exprime lorsque la personne peut accéder, initier et maintenir dans des occupations qui ont du sens pour elle (Taylor, 2017). Hammel (2018) évoque différents facteurs de bien-être dont, le sens et le plaisir et les valeurs personnelles, c'est-à-dire avoir des rôles, trouver un but, prendre du plaisir dans les occupations. Ces éléments de bien être peuvent être vécus et construits à travers les occupations. Donc, participer à des activités significantes est un moyen de soutenir la qualité de vie.

L'analyse de cette qualité de vie est en corrélation avec le vécu des personnes atteintes de la BPCO. Selon le MOH, la participation occupationnelle est définie par six dimensions dont la volition, les rôles sociaux, les habiletés motrices et opératoires. (Taylor, 2017). Chez le patient BPCO, c'est l'ensemble de ces dimensions qui est touché. En effet, la dyspnée et l'intolérance

à l'effort altèrent les habiletés motrices et opératoires, ainsi l'accès au rôles sociaux est restreint, perturbant donc les routines et les habitudes de vie, finissant peut être par toucher la volition (D'Amore, 2022).

Dans cette perspective, il en découle des outils d'évaluation permettant d'appréhender ces dimensions. Ils seront évoqués dans la partie suivante.

3. L'accompagnement en ergothérapie

En ergothérapie, l'accompagnement est divisé en trois grandes phases que sont la phase d'évaluation avec la formulation des objectifs, la phase d'intervention et la phase de ré-évaluation (Morel-Bracq, 2024, p173).

Selon l'étude de Goubeau et al. (2022), l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de la BPCO s'axe notamment sur l'adaptation des activités de la vie quotidienne avec des techniques de conservation de l'énergie, de gestion de la dyspnée ou encore son rôle dans le programme d'ETP.

3.1. Les évaluations et le Model Of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)

Parmi les évaluations de la qualité de vie des patients atteints de la BPCO, l'étude de Weldam et al. (2013) identifie notamment le Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ), Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ), COPD Assessment Test (CAT), Living with COPD Questionnaire (LCOPD). Ces outils se distinguent par leurs propriétés psychométriques (validité, fidélité, sensibilité au changement). Ce sont des outils qui peuvent être passés par les différents professionnels de santé, que ce soit un ergothérapeute, un kinésithérapeute ou encore un infirmier. Ils ne sont pas spécifiques à l'ergothérapie. Le CRQ et le SGRQ seront abordés de manière plus détaillée ci-dessous. La trame de ces deux outils est accessible via Internet en accès libre.

Le CRQ est sous la forme d'un entretien explorant quatre domaines : fatigue, émotion, maîtrise de sa maladie et dyspnée. Il renseigne sur l'impact de ces dimensions sur les activités de la vie quotidienne sur une période définie. Pour le domaine "dyspnée", le thérapeute présente une liste de 26 activités de la vie quotidienne au patient. Il identifie les activités qui sont essoufflantes durant les deux dernières semaines, sélectionne les cinq plus importantes et cote son essoufflement sur une échelle de 1 à 7. Pour les trois autres domaines, le thérapeute lit les questions et le patient cote sur une échelle entre 1 et 7. Le score final est la somme des points de chaque domaine divisée par le nombre d'item par domaine. 1 indique une mauvaise qualité de vie et 7 une excellente (Guyatt, 1987).

Le SGRQ est un auto-questionnaire de 50 items explorant 3 domaines : symptômes, activité et impact. Le domaine des symptômes permet d'évaluer la fréquence et la sévérité des symptômes respiratoires lors des trois derniers mois. C'est l'état de la maladie. Le domaine de l'activité correspond aux activités physiques qui sont limitées par l'essoufflement actuellement. Enfin, le domaine impact rassemble le fonctionnement social et les troubles psychologiques dûs à la BPCO. Pour le score, 0 est associé à aucune altération et 100 à une altération maximale de la qualité de vie (Jones, 1991).

Ce sont des évaluations sur lesquelles l'ergothérapeute peut s'appuyer. Néanmoins, elles présentent certaines limites. Dans un premier temps, les activités sont évaluées de façon isolée de leur milieu écologique. Par exemple, à la question "est-ce que vous vous brossez les dents avec difficulté?", le thérapeute ne sait pas si la restriction vient de la manière dont l'activité est réalisée, de l'environnement ou encore de d'autres facteurs propres au contexte de vie de la personne. De plus, ces évaluations ne permettent pas de mesurer la volition et l'habitude qui sont des dimensions à prendre en compte dans la participation occupationnelle.

C'est pourquoi, en lien avec le MOH, il existe un outil d'évaluation qui est le Model Of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). C'est un outil d'évaluation globale permettant d'avoir une vision synthétique de l'engagement et de la participation occupationnelle de la personne dans ses occupations, de loisirs, de productivité et de soins personnels avec ses forces et ses limites. Il évalue aussi le niveau de soutien que la personne reçoit de son environnement (Centre de Référence du Modèle de l'Occupation Humaine, 2026). Il est sous forme de manuel avec la feuille de cotation et les instructions et critères détaillés. L'outil explore 24 items répartis en 6 sections : 20 items en lien avec la personne et

4 items en lien avec l'environnement. Chaque item est coté selon si elle Facilite la participation occupationnelle (F), Permet participation occupationnelle (P), Limite la participation occupationnelle (L), Empêche la participation occupationnelle (E) (Sue, 2017).

Ainsi, le MOHOST permet de lister les forces et limites, repérer les relations entre personne, occupation, environnement pour identifier les facteurs occasionnant une altération de la participation occupationnelle. De fait, l'intérêt du MOHOST réside dans sa capacité à prendre en compte l'impact de la volition, de l'habituatation et de l'environnement montrant ainsi que le travail de l'ergothérapeute va au-delà du simple traitement des habiletés. Cet outil permet de résumer de façon claire, synthétique et organisée selon un modèle général, nos connaissances sur la personne de sa motivation, de son habituatisation, de ses habiletés motrices, opératoires, de relation et de communication ainsi que sur l'impact de l'environnement concernant sa participation occupationnelle. De plus, il permet aussi d'aider à analyser ces connaissances et donc à élaborer le diagnostic ergothérapique pour mettre en place un accompagnement en ergothérapie (Sue, 2017).

3.2. Adaptation des occupations : conservation de l'énergie et gestion de la dyspnée

Apprendre à économiser son énergie, c'est optimiser l'utilisation de son capital d'énergie lors des tâches pour limiter la fatigue et donc les autres symptômes dans le quotidien. Elle repose sur la planification et l'organisation des tâches, l'alternance entre le repos et le travail, la priorisation de certaines tâches, la simplification de d'autres et les adaptations de l'environnement. Planifier et organiser des tâches signifie anticiper les activités, répartir les tâches sur la journée et le temps nécessaire à l'activité, éviter une accumulation d'activités exigeantes au même moment. Prioriser, c'est savoir identifier les activités importantes et/ou réduire voire supprimer d'autres, de pouvoir demander de l'aide, de partager les tâches. L'équilibre entre le repos et l'activité correspond à mettre des pauses, mettre en place des temps de repos programmés durant la journée (Omura, 2022).

Ces apprentissages sont complémentaires à l'apprentissage de la gestion de la dyspnée. L'objectif est de maintenir une respiration stable en favorisant l'expiration durant les temps d'effort. La respiration à lèvres-pincées est notamment recommandée. : la personne inspire par

le nez et expire longuement par la bouche avec les lèvres pincées. Cette technique permet de diminuer la fréquence respiratoire, d'augmenter l'expiration et la régulation du rythme respiratoire (Ferrali, O et al., 2012). De fait, une respiration incontrôlée favorise la dyspnée et le piégeage de l'air dans les poumons se caractérisant par une respiration rapide, une sollicitation excessive des muscles thoraciques supérieurs et peu voire pas du diaphragme (Migliore, 2004).

En ergothérapie, l'intervention s'inscrit dans le contexte de la science de l'occupation. Ainsi, l'ergothérapeute n'a pas seulement pour rôle de restaurer des fonctions physiques, mais aussi d'aider la personne à identifier de nouvelles façon de s'engager, de modifier ses valeurs occupationnelles ou à trouver des activités alternatives qui font sens pour elle afin de préserver sa participation occupationnelle (Connor, 2016). En effet, l'adaptation des occupations permet de modifier l'activité, sa manière d'être réalisée ou encore ses exigences, notamment ici grâce aux techniques de conservation de l'énergie, de simplification des tâches, de gestion du souffle pour mieux correspondre aux capacités actuelles du patient. En réduisant l'écart entre les compétences de la personne et sa tâche/activité, l'adaptation des occupations permet de réduire l'effort nécessaire et limite les situations d'échec. L'activité redevient accessible. (Meyer, 2013).

Pour mettre en place cette démarche, l'ergothérapeute analyse les composantes de l'activité (physique, cognitive, affective et sociale) à travers des mises en situation pour identifier les obstacles à la réalisation de l'occupation et comment la favoriser. Sur cette base, l'ergothérapeute intervient en tant qu'expert de l'adaptation des occupations pour soutenir la participation occupationnelle et la qualité de vie, à travers des techniques comme la conservation de l'énergie ou la gestion de la dyspnée. Ces techniques ne sont pas envisagées de façon isolée : elles sont intégrées dans des occupations, transférées et généralisées aux autres activités qui font sens à la personne. Pour cela, l'ergothérapeute utilise les mises en situation, les activités comme un moyen thérapeutique. Lorsqu'une personne ne parvient plus à réaliser ses occupations qu'elle effectuait sans difficulté comme avant, l'engagement peut être difficile à maintenir. Au contraire, une activité qui a du sens ou qui procure du plaisir, elle sera prête à fournir des efforts. C'est pourquoi l'ergothérapeute prend en compte toutes les occupations, qu'il s'agisse d'activités manuelles, culinaires, artistiques, physiques, intellectuelles ou sociales (Townsend, 2013).

HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

I. Synthèse du cadre conceptuel

La Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique et progressive qui constitue un enjeu majeur de santé publique. Elle se caractérise par une limitation persistante du débit d'air et par des symptômes respiratoires chroniques, dont la dyspnée. Cet essoufflement ne touche pas seulement la fonction respiratoire. C'est un point de départ du cercle vicieux qu'est la spirale de déconditionnement. Face aux difficultés engendrées par la maladie, les patients réduisent leur engagement effectif dans leurs occupations et abandonnent progressivement certaines activités, ce qui a des conséquences au niveau des différentes composantes de la personne. En effet, en ne s'impliquant plus dans les occupations, la personne perd ses rôles sociaux, ses habitudes de vie, ses compétences. Ainsi, le patient ne participant plus à ses occupations devient un facteur de réduction de la qualité de vie. Donc, accompagner les fonctions physiologiques est important, mais c'est en retrouvant la motivation que la personne pourra de nouveau se ré-investir dans ses occupations. Or, la réadaptation respiratoire a pour objectif d'améliorer la qualité de vie de la personne. C'est dans ce contexte que l'ergothérapeute joue un rôle essentiel. Selon, le MOH, accompagner la volition (valeurs personnelles, causalité de performance et centre d'intérêt) permet ainsi une participation dans les occupations. Pour réengager, l'ergothérapeute utilise l'activité comme un outil thérapeutique. Il les adapte. Les mises en situation permettent de repérer les ressources et limites de la personne et l'apprentissage de différentes techniques.

II. Formulation de l'hypothèse de recherche

En conséquence, pour répondre à la question de recherche suivante : **Comment l'ergothérapeute intervient-il pour favoriser la participation occupationnelle et la qualité de vie auprès d'adultes atteints de la BPCO en réadaptation respiratoire?**

L'hypothèse de recherche est la suivante : **l'ergothérapeute s'appuie sur l'accompagnement de la volition à travers des mises en situation pour favoriser la participation occupationnelle et la qualité de vie des patients présentant la BPCO en réadaptation respiratoire.**

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

I. Méthodologie d'enquête

1. Choix de l'outil d'enquête

L'entretien est l'outil d'enquête sélectionné pour ce travail de recherche. Il permet à l'investigateur “ d'explorer des expériences humaines, de découvrir ce que les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire.” (Tétreault, 2014, p215). De fait, la pratique de l'ergothérapie en réadaptation respiratoire auprès des personnes atteintes de la BPCO reste peu connue. Plus généralement, l'intervention de l'ergothérapeute dans le domaine de la pneumologie reste à découvrir. Ainsi, ma question de recherche demande des données qui rendent compte de l'expérience, du vécu et du savoir-faire des ergothérapeutes interviewés.

La littérature souligne les modalités d'interventions et les moyens utilisés par l'ergothérapeute auprès de ces patients. L'entretien permet d'approfondir l'aspect “comment font-ils sur le terrain” en reconstituant le processus, le raisonnement qu'ils abordent pour favoriser la participation occupationnelle et la qualité de vie des personnes atteintes de la BPCO en réadaptation respiratoire, tout en prenant en compte le contexte, la subjectivité et la pratique de chaque ergothérapeute. Par ailleurs, l'entretien a pour caractéristique d'être interactif tout en étant intrusif, spontané et naturel. Ainsi, les réponses recueillies sont directement en lien avec la pratique de l'ergothérapeute travaillant en réadaptation respiratoire avec des patients présentant la BPCO.

Plus spécifiquement, ce sont des entretiens semi-directifs qui sont réalisés. Cette modalité demande à l'investigateur de préparer un guide d'entretien. Néanmoins, l'ordre des questions est flexible car elles suivent le fil de la discussion. Ainsi, la souplesse de l'entretien amène une liberté plus importante à développer ces idées, à expliciter les nuances et la complexité des situations, et à aborder des éléments non évoqués dans la trame de question pour le participant (Tétreault, 2014).

2. Construction de l'outil

Ainsi, pour mener à bien ces entretiens, un guide d'entretien a été réalisé (cf. Annexe II). Il est constitué d'une introduction contextualisant la rencontre et le temps d'échange avec les ergothérapeutes. Elle présente le contexte, les objectifs et les thèmes abordés. Il comporte 12 questions réparties en 4 grands thèmes : identité de l'ergothérapeute, contexte et organisation du lieu d'exercice, les problématiques des patients et l'intervention en ergothérapie. Ce sont des questions simples et ouvertes. J'ai porté mon attention sur la formulation de celles-ci pour qu'elles soient le moins suggestives possible. En effet, "afin de ne pas influencer les réponses, il est proposé d'adopter un ton neutre dans la rédaction des questions ainsi que face aux réponses des participants". (Tétrault, 2014). De plus, dans ce guide d'entretien, des questions de relance ont été également formulées pour compléter les échanges.

3. Choix de la population d'intérêt

L'enquête est menée au sein des établissements de santé, des hôpitaux ou encore des centres de réadaptation respiratoire. Ils sont situés dans toute la France pour mener la recherche sur la pratique des ergothérapeutes de manière générale. En effet, les structures hospitalières sont notamment les lieux de mise en place de programmes de réadaptation respiratoire pour les patients présentant une BPCO. L'ergothérapeute intervient directement dans le programme initial de réadaptation respiratoire. (HAS, 2014).

Pour répondre à cette question de recherche, des ergothérapeutes sont interrogés. Dans le cadre de ce mémoire, les patients ne peuvent être participants selon la loi Jardé.

Critères d'inclusion : ergothérapeutes diplômés d'Etat travaillant ou ayant travaillé au moins 1 an en réadaptation respiratoire auprès de patients présentant la maladie de la BPCO. De fait, 1 an d'expérience permet à l'ergothérapeute d'avoir eu le temps nécessaire pour connaître et cibler la problématique principale des patients, de prendre du recul sur sa pratique et se familiariser avec la structure. Les ergothérapeutes peuvent travailler à temps plein ou à temps partiel.

Critères de non-inclusion : autres professionnels de santé accompagnant les personnes atteintes de la BPCO en réadaptation respiratoire, ergothérapeute ayant une expérience exclusivement en stage, ergothérapeute intervenant auprès de patients atteints d'une maladie respiratoire autre que la BPCO, ergothérapeute n'accompagnant pas des adultes avec une BPCO.

4. Modalités de passage des entretiens et recueil des données

Pour cette phase d'enquête, les contacts des ergothérapeutes interrogés ont été obtenus principalement grâce aux recommandations et aux sollicitations des étudiants de ma promotion. Ainsi, dans un premier temps, des mails ont été envoyés pour expliquer mon sujet et présenter mes critères d'inclusion. Trois ergothérapeutes correspondant aux critères m'ont répondu. Un temps d'échange a pu être convenu avec elle par téléphone pour un souci de disponibilité, de simplicité (flexibilité de l'horaire) et d'économie (pas de frais pour les déplacements). La durée moyenne de ces entretiens était de 50 minutes.

Cette démarche d'enquête est réglementée par la loi Jardé qui encadre la recherche impliquant la personne humaine. Elle indique sur l'ergothérapeute doit pouvoir donner son accord de façon libre et éclairée. Donc, au préalable des entretiens, un formulaire de recueil de consentement (cf. Annexe III) a été envoyée aux ergothérapeutes interrogées : explication de l'utilisation des données issues de l'entretien (information transparente et exhaustive), enregistrement de la discussion (protection des données personnelles), destruction des données une fois le projet terminé et la possibilité de se retirer à tout moment du travail de recherche. Ces fiches ont été collectées et signées par les ergothérapeutes avant le début de chaque entretien. De plus, durant l'introduction de l'entretien, de nouveau un point est fait sur les quelques notions éthiques évoquées ci-dessus et de nouveau le consentement est recueilli.

Par ailleurs, lors de ces entretiens, un enregistreur vocal a été utilisé pour m'assurer de pouvoir retravailler la retranscription par la suite (cf. Annexe IV).

II. Présentation et analyse des résultats

1. Modalité d'analyse des données recueillies

Une fois les entretiens passés, pour les analyser, une retranscription intégrale avec la méthode mot pour mot a été utilisée afin de respecter la neutralité, la fidélité et l'exhaustivité du discours. Puis, les données ont été analysées selon l'analyse thématique : familiarisation avec les données, génération des premiers codages, recherche des axes thématiques, relecture après sélection des axes thématiques, définition et dénomination des intitulés thématiques et rédaction d'un rapport organisé. (Braun & Clarke, 2006)

Pour respecter l'anonymat des ergothérapeutes et fluidifier la lecture, elles sont représentées par **E1** pour la première ergothérapeute interrogée, **E2** pour la deuxième et **E3** pour la dernière. Des tableaux sont également utilisés pour illustrer et clarifier les résultats. Des verbatims des ergothérapeutes interrogés sont aussi utilisés pour illustrer l'analyse.

2. Présentation et analyse des résultats

2.1. Caractéristiques des ergothérapeutes et de leurs lieux d'exercice

Présentation des ergothérapeutes interrogées			
	E1	E2	E3
Année de diplôme	2019	2011	2011
Années d'expérience	5 ans	13 ans	8 ans
Lieu d'exercice	SMR de Pneumologie	SMR de Pneumologie	Hôpital de Jour

Les ergothérapeutes interrogées présentent des profils variés. En effet, elles viennent de structures différentes. **E1** et **E2** exercent à temps partiel en SMR de Pneumologie. **E3**

travaillait à temps plein en Hôpital de Jour. Actuellement, elle n'intervient plus dans ce service. Elles ont entre 5 et 13 ans d'expérience et ont été diplômées à des périodes différentes.

Les structures de E1 et de E3 accueillent des patients présentant une BPCO à différents stades, allant du stade 1 au stade 4. Pour E1, “le séjour classique, c’est un mois”. Elle rencontre le patient au moins une fois par semaine lors de groupes qu’elle anime et selon les besoins de la personne, la fréquence du suivi individuel est adaptée. Pour E3, la durée de suivi est d’environ 3 mois en moyenne avec 2 séances d’ergothérapie par semaine. L’établissement de E2 accompagne souvent des personnes à des stades sévères (GOLD 3 ou 4) : “parce que, en fait, le SMR est juste à côté de toute... le service imagerie et de tous les services aigus, voire de la réanimation [...], donc on peut se permettre d'accueillir des patients beaucoup plus sévères et beaucoup moins stables” (E2). Les séjours sont entre 4 et 8 semaines en moyenne avec également un suivi en groupe au moins une fois par semaine et une fréquence de séances en individuel fluctuante.

2.2. Vécu des patients au quotidien avec la maladie

Thème 1 : Dyspnée, symptôme majeur dans le quotidien

L’ensemble des ergothérapeutes interrogées mentionne la dyspnée comme étant un symptôme avec un impact important dans la réalisation des activités de vie quotidienne. La réalisation des activités nécessitant un effort physique est touchée, mais progressivement l’ensemble des activités de vie quotidienne avec l’évolution de la BPCO est impactée. En effet, pour E1, les patients évoquent souvent une restriction dans leur activités due à la dyspnée : “je peux plus rien faire euh je suis trop essoufflée. Il parle beaucoup beaucoup de l'essoufflement, de, ouais, de gérer son souffle à l'effort, de savoir récupérer.”. E2 amène également cette idée en mettant en avant que certaines activités sont appréhendées par les personnes : “tous les insuffisants respiratoires ou presque appréhendent la montée des escaliers”. Enfin, E3 explique que “tout ce qui va des activités d'endurance, monter les escaliers [...]. Marcher [...], prendre la douche, les soins personnels” sont concernés.

Dans cette continuité, E1 décrit des personnes avec “une difficulté majeure dans toutes les activités de vie quotidiennes”, qu’il s’agisse de la toilette, de l’habillage, des déplacements ou encore de la préparation des repas. E3 souligne également que les difficultés respiratoires impactent directement les activités de productivité et les déplacements, réduisant progressivement les possibilités de participation.

Les 3 ergothérapeutes soulignent l’impact de la maladie sur la qualité de vie et les activités significatives. E2 explique que les patients connaissent “des restrictions de participation” et “une diminution de la qualité de vie”. E1 rapporte que de nombreux patients souhaitent “retrouver ma vie d'avant, retrouver mes activités d'avant”. De plus, E2 insiste sur l’importance des activités qui ont du sens pour la personne. Elle explique que l'objectif est de permettre aux personnes de continuer à réaliser “les activités qui ont du sens” pour elles. “je me souviens d'un monsieur où il voulait absolument pouvoir se rendre à la mosquée”. Ainsi, E3 précise que les restrictions touchent directement les activités qui contribuent au bien-être et à la qualité de vie.

Thème 2 : Dyspnée et conséquences psychologiques et sociales

Les trois ergothérapeutes insistent aussi sur la dimension émotionnelle et sensorielle de la dyspnée chez les patients présentant une BPCO. En effet, E1 décrit cet essoufflement comme : “Ils ont la sensation d'étouffer, donc c'est une sensation de mort”. E3 est en accord avec cette idée en expliquant que lorsque la personne “manque d’air, c’est étouffant”. Par ailleurs, E2 décrit que chez certains ont peur “de faire une crise d'essoufflement dans la rue” ou “de faire un malaise dans la rue”.

Cette expérience peut influencer le comportement de la personne. De fait, les patients mettent en place des stratégies d’évitement. E1 précise que “par stress d'anticipation ils vont se priver de sorties, d'activités, d'interactions”. E2 remarque aussi que “des constructions anxieuses se mettent en place” et “freinent la réalisation de l'activité”. Dans la continuité, E3 rapporte que certaines personnes “préfèrent ne plus faire plutôt que chercher à compenser l'activité”. Ainsi, ces 3 entretiens montrent que l’anticipation des difficultés respiratoires peut encore réduire la participation dans les occupations.

L'une des conséquences de ces stratégies d'évitement que mettent en avant les 3 ergothérapeutes est la limitation des interactions sociales, qui se fait progressivement renforçant le sentiment de solitude, qui peut mener à de l'isolement social. De fait, E1 évoque des patients qui "se renferment un petit peu, qui ne sortent plus" et qui sont "en survie". E2 rapporte que "à titre de s'empêcher de sortir de chez soi et d'être confiné chez soi". E3 rapporte également que certains "finissent par ne plus sortir plutôt que de se mettre en difficulté dans l'activité". Elle donne pour exemple " la honte associée à certains symptômes, notamment l'expectoration, qui conduit certaines personnes à éviter des situations sociales comme les repas au restaurant."

Thème 3 : Environnement social/physique et participation occupationnelle

L'ensemble des ergothérapeutes soulignent aussi l'influence de l'environnement social sur le vécu de la maladie et la participation aux occupations. En effet, E1 et E3 mentionnent l'importance du regard des autres pour les patients. Par exemple, E1 décrit "l'acceptation de déambuler en extérieur devant d'autres personnes avec l'oxygène, c'est pas facile". E3 identifie "le regard des autres" comme un frein à la participation aux occupations de la personne atteinte de la BPCO. Elles mettent toutes les deux en avant, la réticence par rapport à l'oxygénothérapie ou encore aux aides techniques, qui sont pour les patients des signes de la maladie.. Cette idée est appuyée par E3 qui rapporte que certains refusent les aides car "qu'est-ce qu'ils vont dire ? Ils vont le voir comme un malade". De plus, E2 aborde l'impact des proches dans la participation : "certains patients mentionnent que [...] leur conjoint avait présenté un certain mécontentement parce qu'ils ne faisaient plus telle ou telle activité alors que c'est une activité qu'ils partageaient ensemble". C'est pourquoi E3 explique que lorsque l'entourage est présent et soutenant, celui-ci est associé aux interventions : « S'il y avait des proches aidants qui étaient là pour entendre et qu'ils allaient dans le même sens que le patient, on essayait de travailler ensemble ».

Par ailleurs, l'environnement physique est aussi présenté comme un composant contribuant à la participation occupationnelle chez les patients. En effet, E3 évoque l'accessibilité du domicile et des lieux de vie comme un élément à prendre en compte dans la participation. Elle donne en exemple une personne vivant dans un appartement sans ascenseur. Donc, l'environnement devient un frein à la participation : "ça se peut que les personnes finissent par

ne plus sortir plutôt que de se mettre en difficulté dans l'activité “. Elle parle également de “Euh... et ce qui revenait aussi, c'était prendre la douche, les soins personnels du coup, parce qu'il y a aussi du coup tout ce qui va être environnement physique avec la buée dans la salle de bain, peut-être le manque de ventilation”.

2.3. Intervention de l'ergothérapeute

Thème 1 : Évaluation ergothérapique et participation occupationnelle		
E1	E2	E3
“Je les vois de toute façon à l'entrée pour essayer d'avoir un entretien, un recueil d'informations un peu classique, comme on peut faire pour toutes les populations qu'on accompagne” “Un moment j'ai essayé d'utiliser le questionnaire de Saint-Georges qui est un questionnaire validé pour les patients atteints de BPCO, mais je sais plus”	L'évaluation du patient passe surtout par de l'observation durant les mises en situation.	“je faisais un test qui s'appelle le CQR”. “je faisais aussi le test de l'escalier” “ce sont 2 tests qui seront reproduits à un mois et demi de prise en charge et à 3 mois”. En complémentarité, sous forme d'échange avec le patient “c'est de cibler avec eux les activités qui sont pour eux les plus importantes, celles qu'on voulait”.

Chez les 3 ergothérapeutes interrogées, l'évaluation ergothérapique du patient atteint de la BPCO est diversifiée. Cependant, l'objectif reste de comprendre l'impact de la maladie sur le quotidien de la personne, les occupations qui lui sont importantes et qui font sens et sa participation.

E1 utilise des entretiens pour recueillir les informations de la personne. Elle explore l'état occupationnel et la participation aux occupations de celle-ci : "Et puis voir un petit peu ben ce qu'ils voudraient faire, ce qu'ils ne peuvent plus faire et puis qu'est-ce qu'on a comme levier", "à quel point ils sont satisfaits de leur participation à l'activité". Sa pratique est aussi marquée par l'utilisation d'un bilan standardisé, mais qu'elle a abandonné car problématique institutionnelle et manque de plus-value dans sa pratique : "à un moment donné, il y avait un truc de logistique [...] où ils arrivaient pas chez moi [...] j'ai récupéré une fois sur 2 [...] et j'avais pas l'impression que ça m'apportait réellement une plus-value".

E2 utilise des mises en situation pour évaluer. Elle explique que cela lui permet de "confronter la personne aux problématiques qu'elle rencontre. Moi de voir un petit peu comment elle se débrouille, comment elle se positionne, à quel rythme elle adopte. Enfin voilà si elle a déjà des petites techniques de compensation qui sont mises en place ou pas". Elle insiste sur "que l'objectif, ça reste que le patient, il ait une bonne qualité de vie. Et du coup, ce qui va être important, c'est qu'il puisse réaliser les activités qui ont du sens pour lui, quelles que soient ses activités".

Enfin, la pratique évaluative de E3 est marquée dans un premier temps par l'utilisation de bilans standardisés que sont le CQR et le test de l'escalier. Ce sont des tests qui seront faits au milieu et à la fin de l'accompagnement. Dans un second temps, elle décrit aussi des échanges pour identifier des activités signifiantes en travaillant aussi avec l'entourage de la personne à travers des échanges.

Thème 2 : Les moyens d'intervention des ergothérapeutes

Les 3 ergothérapeutes interrogées interviennent avec des moyens diversifiés auprès des patients atteints de la BPCO : apprentissage des techniques d'économie d'énergie et respiratoire, préconisation des aides-techniques et humaines, l'ETP, les activités en groupe et finalement les mises en situations. La mise en situation est un thème à part. Donc, elle ne sera pas développée dans cette partie.

L'apprentissage des techniques d'économie d'énergie et respiratoire est un des moyens d'intervention majeur des ergothérapeutes. E1 explique qu'elle travaille sur le transfert des techniques acquises par la personne dans son quotidien : "C'est vraiment essayer d'intégrer tous les principes d'économie respiratoire à l'effort, d'adaptation des gestes et postures dans le

quotidien”. E2 utilise également les activités du quotidien comme moyen pour appréhender les stratégies de gestion du souffle. La “gestion du souffle, gestion du rythme, séquençage d'activité” est amenée à travers notamment des séances d'éducation thérapeutique et des analyses d'activités pour E3. Ainsi cet apprentissage est associé à l'adaptation des occupations. De fait, E1 explique que l'idée est de “trouver des moyens d'accéder encore à cette activité”, par exemple en proposant des jardinières surélevées pour maintenir une activité de jardinage. E3 adopte une démarche similaire en réalisant des analyses d'activités afin d'identifier les adaptations possibles : “On faisait vraiment une analyse d'activité”.

Dans la continuité de cette idée d'adaptation de l'occupation, des aides techniques et humaines peuvent être mises en place. E1 évoque la mise en place d'aides techniques pour les soins personnels ou de productivité, comme “un fauteuil roulant électrique” ou des aides pour la toilette. E2 introduit ces compensations avec par exemple des aides-techniques dans le but de diminuer les efforts, comme de “l'antidérapant” ou “des couverts un petit peu grossis”. E1 et E3 évoquent également les aides humaines lorsque certaines occupations sont difficiles : “Si la personne ne peut plus aller faire ses courses, ben on fait intervenir le portage des repas ou un tiers pour faire les courses”(E3).

Parallèlement à ces interventions, l'ETP occupe également une place importante dans le suivi. E3 anime un atelier autour de la gestion des efforts et de la respiration. E1 participe à des ateliers sur les conséquences de la BPCO dans la vie quotidienne et les moyens de compensation. En ce qui concerne E2, elle explique que l'ensemble de l'accompagnement est sous-tendue par de l'ETP. Par ailleurs, cette approche de groupe est soulignée dans la pratique de E1 et E3. En effet, E1 anime des groupes d'échanges autour des activités de la vie quotidienne ainsi que des ateliers d'équilibre et de prévention des chutes. E3 insiste sur les avantages de la pair-aidance : “je trouve personnellement que le groupe, ça joue beaucoup en fait sur l'acceptation du coup de la maladie, de ses difficultés et du coup, ça permet de réfléchir ensemble. Le fait de voir qu'ils ne sont pas tout seuls dans cette situation aussi, ça permet aussi d'accepter plus facilement certaines propositions”.

Thème 3 : Les mises en situation

E1	Elle utilise les mises en situation comme un moyen pour les patients d'apprendre "les principes d'économies respiratoires à l'effort, l'adaptation du geste et de la posture dans le quotidien". C'est comme un outil d'entraînement pour transférer les acquis apprises à l'hôpital au domicile : "C'est vraiment essayer de faire le lien entre ce qu'ait appris là dans la structure et ensuite dans le quotidien. Comment est-ce que je peux l'appliquer?". De plus, elles sont utilisées pour évaluer les aides-techniques mises en place dans l'accompagnement de l'acceptation des compensations. Les mises en situation sont également utilisées dans le but de leur montrer qu'ils peuvent "réintroduire un petit peu dans une vie de loisir, de reprendre des activités". "Leur montrer que même si c'est pas facile avec l'essoufflement, avec l'oxygène, avec une aide technique, en fait, il y a quand même des choses qui sont possibles".
E2	Elle utilise les mises en situation comme un moyen d'évaluation, évoquées précédemment. Elle explique aussi que cela permet de favoriser le transfert des apprentissages dans le quotidien en travaillant sur les activités qui ont un sens pour la personne : "C'est la meilleure façon de le faire pour que le patient puisse y voir un sens et qu'il puisse se l'approprier et le transférer dans son quotidien". "L'idée c'est de réussir à trouver les moteurs en termes d'activités qui ont du sens, d'activités qui parlent aux patients, qui les motivent, qui les animent". De plus, elle les utilise comme un moyen pour confronter progressivement les patients à des situations anxiogènes et favoriser leur compétence : "Montrer au cerveau de cette personne que cette activité, elle peut aussi bien se passer".
E3	Elle utilise les mises en situation pour identifier les "capacités résiduelles et les éventuels freins". Mais, elle permet aussi de lui montrer qu'il est encore capable de réaliser certaines activités : "leur montrer qu'ils sont encore capables de le faire". Elles servent à essayer des adaptations, à développer des stratégies et maintenir voire favoriser la participation dans les occupations.

L'ensemble des ergothérapeutes utilisent des mises en situation. Elles permettent d'évaluer les difficultés réelles du patient, d'apprendre des stratégies compensatoires et de favoriser la reprise des occupations.

Les activités travaillées sont des situations du quotidien qui provoquent un essoufflement. E2 réalise des mises en situation autour des escaliers, de la marche en extérieur ou de la cuisine. E3 les effectue autour des activités de soins personnels et de productivité "faire le lit, passer l'aspirateur, faire la cuisine (...) faire ses lacets". E1 propose des mises en situation autour des soins personnels et de loisir : toilette, habillage, enfiler les chaussettes, faire et décharger les courses, aller au théâtre... etc. Les activités travaillées sont également des occupations signifiantes pour la personne, comme par exemple avec le patient souhaitant se rendre à la mosquée (E2).

Par ailleurs, les mises en situation peuvent permettre aux patients de faire face progressivement aux occupations qui sont évitées. Dans cette idée, E2 explique que la mise en situation et le cadre de celle-ci doit être sécurisant : 'Notre travail en tant qu'ergo (...) ça va être de les reconfronter dans un cadre très encadré et très étayé de l'activité qui est anxiogène'. E1 réalise également des sorties extérieures et les courses pour favoriser la reprise des activités de loisirs et le transfert des acquis dans leur environnement écologique.

Thème 4 : Collaboration interprofessionnelle

Les 3 ergothérapeutes expliquent que l'intervention ergothérapique s'inscrit dans un cadre de collaboration interprofessionnelle regroupant le médecin, l'infirmier, l'aide-soignant, le diététicien, le psychologue, le kinésithérapeute, l'enseignant d'activité physique adaptée, le psychomotricien et un addictologue dans la structure de E3.

Néanmoins, la pratique de l'ergothérapeute dans ce cadre se distingue par ses compétences spécifiques. E1 met en avant le rôle de l'ergothérapeute via l'application concrète des techniques au quotidien. Elle fait le lien entre les apprentissages et le quotidien de la personne. De plus, elle souligne aussi un autre rôle; celui qui accentue les messages évoqués par les autres professionnels de santé : "Souvent c'est vu avec le kiné en ventilation dirigée (...). Après, moi je rajoute une couche". E2 explique qu'elle intervient notamment sur les

domaines spécifiques à l'ergothérapie : “Je vais sur les champs qui sont... que personne ne peut faire à ma place en fait”.

De plus, E1 et E3 mettent en avant la collaboration interprofessionnelle comme une composante dans l'accompagnement des expériences émotionnelles chez les patients atteints de la BPCO. E1 explique que l'acceptation des aides techniques et des difficultés dans les occupations est un travail partagé : « Ce travail est pas spécifiquement en ergothérapie, ça se travaille partout, ça se travaille avec le kiné, avec l'enseignant de physique adaptée, avec la psychologue ». E3 souligne également cette idée. Elle explique que lorsque certaines problématiques dépassent le champ de l'ergothérapie, elle s'appuie sur d'autres professionnels. Par exemple, elle mentionne l'intervention de la psychologue ou de l'addictologue chez les patients avec de la culpabilité en lien avec leur passé tabagique.

De plus, E2 insiste sur la collaboration interprofessionnelle dans la construction de l'alliance thérapeutique. “S'il y en a un qui échoue, on peut toujours se dire bon OK, on revient plus tard avec un autre”. La collaboration permet de poursuivre l'accompagnement lorsque la personne est réticente. Elle met en avant l'idée que lorsque le patient est face à des situations anxiogènes : “Il n'y a que la force de l'équipe pluridisciplinaire et de la force de l'alliance thérapeutique qui fait que tu arrives à convaincre ton patient de le faire”.

Thème 5 : Participation occupationnelle à la fin de l’accompagnement en ergothérapie		
E1	E2	E3
“Comme on les revoit pas après le retour à domicile, c'est très compliqué à évaluer.” “J'ai que leurs bonnes paroles et leurs motivations de séjour.” “Des fois, on a des gens qui reviennent et (...) ils nous disent : "Ben non, ça, je l'ai pas mis en place.”	Par manque de temps à la passation de l’entretien, il n’y a pas d’éléments de réponse.	“Souvent oui, parce que du coup on refait [...] un bilan initial et un bilan final. “souvent le retour il était objectivable par le score du CQR, mais aussi par les verbatims des patients [...] et par le retour qualitatif sur leur ressenti.” “On les voit vraiment avec le sourire.” “Même le non verbal, on le voit en fait quand on est à cette proximité avec eux [...] ça se ressent aussi dans la dynamique et l’échange qu’on peut avoir avec eux

E1 et E3 soulignent l’importance du suivi de la participation occupationnelle après la réadaptation respiratoire tout en mettant en avant l’influence du cadre sur l’accompagnement.

E1 évoque la difficulté d’objectiver l’évolution de la participation occupationnelle à la fin de l’accompagnement. Elle explique qu’à la sortie de l'hospitalisation, les patients peuvent être orientés vers des associations par exemple. Néanmoins, il n’existe pas de suivi pour actualiser sur le maintien des acquis. C’est pourquoi “on essaie de construire un programme de maintien des acquis justement pour les recontacter à 3 mois, 6 mois et faire le point”. E1 met également en avant certaines limites autour des modalités d’hospitalisation. En effet, à la suite des un mois d’hospitalisation, il est difficile pour l'ergothérapeute de savoir si les patients participent

à leurs occupations. Les week-end thérapeutiques étant assez courts, les patients n'ont pas l'occasion d'appliquer les apprentissages dans leur environnement écologique : “fin, ils ont droit à 24 heures une nuit. Donc en fait, quand ils rentrent chez eux, ils vont pas euh reprendre toutes leurs activités euh qu'ils ont d'habitude. Donc c'est compliqué de savoir à la sortie, au bout d'un mois, si oui ou non ils peuvent re-jardiner comme avant.”.

En revanche, E3 décrit une amélioration de la participation occupationnelle à la fin de l'accompagnement. En effet, à la fin de la prise en soin, des bilans standardisés sont passés permettant d'objectiver l'évolution, mais également via les échanges avec les patients. E3 considère que le cadre de la réadaptation respiratoire est propice à favoriser la participation occupationnelle. Selon elle, la modalité ambulatoire peut correspondre aux patients encore en activité professionnelle : “L'hôpital de jour, l'avantage, c'est qu'on peut passer du coup en mettant thérapeutique, par exemple, ce qui permet du coup d'avoir, de continuer d'avoir son activité professionnelle pour ceux qui sont concernés.”

2.4. Éléments non-évoqué dans l'entretien qui leur semble pertinent

E1	E2	E3
“Ouais, vu ce que je te disais un petit peu, c'est vrai que ce qui serait top, c'est qu'on puisse intervenir assez tôt dans la patho pour ces personnes là”.	“la relation thérapeutique avec mes patients est vraiment indispensable pour justement qu'ils me fassent confiance et qu'ils acceptent de se confronter à ces activités qui sont difficiles”	“Je pense que la relation thérapeutique, elle est vraiment importante aussi avec cette population, plus encore qu'avec d'autres profils”.

E1 évoque l'idée que la réadaptation respiratoire intervienne plutôt dans l'évolution de la maladie. Elle explique que “ y a un travail qui avait été fait bah à l'ouverture de l'unité pour se faire connaître auprès des médecins généralistes, des médecins de ville, des professionnels de santé, etcetera. Mais c'est vrai que ça mériterait certainement d'être refait parce qu'on a du on a du mal à remplir les lits”.

E2 et E3 insistent sur la relation thérapeutique avec le patient. Elles le présentent comme étant un facilitateur pour l'accompagnement du patient durant son séjour.

DISCUSSION

I. Confrontation au cadre conceptuel

Thème 1 : Vécue de la maladie et participation occupationnelle

En ce qui concerne l'impact de la BPCO dans le quotidien et sur les occupations, les résultats de l'enquête sont en accord avec la littérature. En effet, l'ensemble des ergothérapeutes interrogés mentionne la dyspnée comme un symptôme majeur limitant la participation occupationnelle. E1 rapporte que les patients évoquent l'idée qu'ils ne peuvent "plus rien faire" à cause de l'essoufflement. Cette idée est retrouvée dans l'étude de Aguilaniu. (2009) qui le présente comme un symptôme majeur de la maladie à l'origine de la spirale de déconditionnement. De plus, les activités difficiles pour le patient abordées par les ergothérapeutes sont également celles mentionnées dans la littérature, comme par exemple la marche, la montée des escaliers, prendre la douche (Kaptain, 2021).

Par ailleurs, les ergothérapeutes décrivent la mise en place de stratégies d'évitement. E1 explique que "par stress d'anticipation ils vont se priver de sorties, d'activités, d'interaction" résultant progressivement à un risque d'isolement sociale. E2 rapporte aussi une observation "des constructions anxieuses". Le vécu psychologique de la dyspnée des patients, rapporté par les ergothérapeutes, rejoint l'étude de Morélot-Panzini. (2015) et Banzet et al. (2020) sur la dimension émotionnelle de la dyspnée. Ainsi, cette idée d'anticipation suggère que certaines restrictions occupationnelles peuvent être réduites en travaillant sur les représentations, les croyances et la confiance en ses capacités.

Finalement, les résultats soulignent l'environnement comme un composant influençant la participation occupationnelle d'une personne présentant la BPCO : regard des autres, acceptation de l'oxygénothérapie, des aides humaines et techniques et les contraintes structurelles physiques. L'évocation de l'environnement par les 3 ergothérapeutes est en lien et confirme la notion de participation occupationnelle selon l'approche du MOH : interaction entre la personne, son environnement et ses occupations.

Thème 2 : Approche centrée sur les occupations

Les résultats de l'enquête sont en corrélation avec les concepts du MOH. En effet, l'idée derrière la participation occupationnelle c'est que c'est à travers les occupations et la participation à ses occupations que la personne peut atteindre la santé et le bien être (Taylor, 2017). Or, l'ensemble des ergothérapeutes adopte un accompagnement centré sur les activités qui sont importantes et qui font sens à la personne. Par exemple, E2 mentionne un patient dont l'objectif était de "se rendre à la mosquée". Cet exemple souligne le concept de volition. De fait, lorsque les activités ont du sens pour le patient, celui-ci est davantage motivé et impliqué dans son activité. Les ergothérapeutes les utilisent donc aussi comme un outil thérapeutique (Pierce, 2014, p251).

De plus, les entretiens mettent en avant que l'objectif des ergothérapeutes est de permettre au patient de maintenir, continuer ou de réaliser les occupations, donc préserver le sens de l'activité. E1 explique qu'il s'agit de 'trouver des moyens d'accéder encore à cette activité', ce qui est en accord avec Connor. (2016) qui explique que le rôle de l'ergothérapeute est d'aider la personne à identifier de nouvelles façon de s'engager, de modifier ses valeurs occupationnelles ou à trouver des activités alternatives qui font sens pour elle afin de préserver sa participation occupationnelle.

Thème 3 : Mise en situation

Tout d'abord, les mises en situation sont utilisées comme un moyen d'évaluation et comme un moyen d'intervention pour introduire les stratégies de gestion respiratoire et d'économie à l'effort. Cette idée se retrouve dans le discours des ergothérapeutes et dans la littérature. Il existe une concordance entre la littérature et les résultats

Néanmoins, les résultats montrent que les mises en situation sont utilisées dans des contextes et des objectifs plus larges et diversifiés. Par exemple, comme un outil pour travailler sur les croyances du patient ou encore sur ses capacités. E2 explique que certaines mises en situation ont pour objectif de "montrer au cerveau de cette personne que cette activité, elle peut aussi bien se passer". Ainsi, lorsque le patient réalise de nouveau une activité qu'il appréhende, l'expérience joue un rôle de réassurance ce qui permet de restaurer la causalité personnelle.

De plus, les résultats suggèrent que les mises en situation peuvent être un moyen pour lutter contre la spirale de désengagement abordée par Aguilaniu et al. (2009), en montrant au patient qu'il est encore capable de réaliser certaines activités malgré sa maladie.

Thème 4 : Collaboration interprofessionnelle

Les ergothérapeutes décrivent une continuité dans l'accompagnement du patient. Par exemple, E1 explique que certaines capacités sont d'abord travaillées avec les kinésithérapeutes avant d'être réutilisées dans les activités de la vie quotidienne. Cela montre que le rôle de l'ergothérapeute est notamment d'aider le patient à appliquer ses acquis dans des situations concrètes de la vie de tous les jours.

Les résultats montrent également l'importance du travail en équipe dans la gestion de l'anxiété des patients et des situations difficiles. E2 explique que la construction de la relation thérapeutique avec le patient est possible aussi grâce à la “force” de l'équipe interprofessionnelle. Cette collaboration peut favoriser l'implication du patient dans son accompagnement.

Thème 5 : Maintien de la participation à la fin de l'accompagnement

Les résultats mettent en avant que les ergothérapeutes n'utilisent pas de bilan pour évaluer la participation occupationnelle à la fin de l'accompagnement. E1 insiste notamment sur le manque de suivi à la suite du retour à domicile, ce qui rend difficile l'évaluation de l'impact des interventions ergothérapiques sur la participation occupationnelle. Cette remarque interroge le transfert des acquis dans l'environnement de vie réel du patient.

De plus, 2 points sont à mentionner : l'importance de la relation thérapeutique et l'intervention précoce. En effet, l'ensemble des ergothérapeutes considère la relation thérapeutique comme un élément très important, voire indispensable à l'implication du patient dans les activités proposées. E2 parle d'alliance thérapeutique. En effet, l'alliance thérapeutique est la qualité de la relation entre le patient, le professionnel et leur collaboration sur les objectifs et les moyens d'accompagnement. Une alliance thérapeutique de qualité permet de favoriser le patient dans

sa prise en soin, son adhésion, l'adoption à de nouveau comportement de santé, les résultats du séjour. (Rodger, 2010). Dans notre enquête, cette alliance thérapeutique apparaît comme un levier de la participation occupationnelle.

E1 insiste sur l'importance d'une intervention précoce. Cette idée rejoint le concept de "pré-BPCO" et cette idée d'évolution progressive de la maladie. Les résultats suggèrent que agir avant l'apparition de difficultés pourrait éviter l'installation du déconditionnement.

II. Vérification de l'hypothèse

La question de recherche est la suivante : Comment l'ergothérapeute intervient-il pour favoriser la participation occupationnelle et la qualité de vie auprès d'adultes atteints de la BPCO en réadaptation respiratoire?

L'hypothèse de recherche qui en découle est la suivante : l'ergothérapeute s'appuie sur l'accompagnement de la volition à travers des mises en situation pour favoriser la participation occupationnelle et la qualité de vie des patients présentant la BPCO en réadaptation respiratoire.

Au vu des informations dans le cadre conceptuel et les informations recueillies durant l'enquête, la confrontation du cadre conceptuel aux résultats montre que l'hypothèse est partiellement répondue.

En effet, les résultats montrent que les mises en situation permettent de favoriser la volition en renforçant la motivation à s'impliquer dans les occupations. Par exemple en laissant le patient se confronter à des activités anxiogènes et de constater qu'il peut encore les réaliser malgré la dyspnée. Toutefois, les résultats soulignent aussi que ce processus ne repose pas seulement sur la volition. La participation occupationnelle est aussi soutenue par d'autres composants, tels que par exemple l'environnement. Ainsi, la volition est un levier central, mais elle s'inscrit dans une approche globale et multifactorielle de l'intervention ergothérapique en réadaptation respiratoire.

III. Limites et biais

Ce travail d'initiation à la recherche présente des limites et des biais en lien avec la méthodologie.

Pour commencer, le nombre d'ergothérapeutes interrogés est de 3. Ce nombre n'est pas représentatif de l'ensemble des pratiques ergothérapeutiques auprès des personnes atteintes de la BPCO en réadaptation respiratoire en France. En conséquence, les résultats obtenus sont propres aux ergothérapeutes interrogées et ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la profession.

Par ailleurs, les entretiens semi-directifs sont sous forme d'échanges oraux, donc cela peut se rapprocher d'une conversation, ce qui peut induire certains biais dans les données recueillies. En effet, la formulation des questions, leur ordre d'apparition ou encore les questions de relances ont pu influencer involontairement les réponses des ergothérapeutes interrogées et orienter certains discours.

De plus, une autre limite apparaît lors de la réalisation des entretiens. En raison d'une contrainte de temps imprévue avec E2, l'ensemble des questions n'a pas pu être abordé, dont notamment l'évolution de la participation occupationnelle à la fin de l'accompagnement en ergothérapie ainsi que l'influence de la réadaptation respiratoire sur la participation occupationnelle. En conséquence, cela a limité l'analyse de ce thème qui repose principalement sur les discours de E1 et E3.

Enfin, les lieux d'intervention des ergothérapeutes interrogées sont différents. En effet, elles exercent toutes dans le milieu hospitalier. E1 (50%) et E2 (50%) pratiquent en hospitalisation complète, tandis que E3 (100%) exerce en Hôpital de Jour. Donc, le contexte d'accompagnement étant unique, cela représente un biais, car il influence la manière dont l'ergothérapeute est mise en place et comment elle intervient.

CONCLUSION

La BPCO est une maladie respiratoire qui touche 5% à 10% de la population française de plus de 45 ans et entraîne 18 000 décès par an (Santé Publique France, 2019). En 2021, elle a été responsable de 5% de mortalité mondiale. (OMS, 2024). Cette maladie peut amener à des conséquences significatives sur la réalisation des occupations en conduisant la personne à adapter, à réduire voire à abandonner certaines activités de vie quotidienne allant jusqu'au conditionnement (Le Guillou, 2017). Dans ce contexte, l'ergothérapeute joue un rôle important en accompagnant le patient dans le maintien ou la reprise de ses occupations. à travers différents moyens d'intervention. Ce mémoire d'initiation à la recherche s'intéresse donc à la question suivante : Comment l'ergothérapeute intervient-il pour favoriser la participation occupationnelle et la qualité de vie auprès des personnes atteintes de la BPCO en réadaptation respiratoire. L'hypothèse de recherche qui en découle est que l'ergothérapeute s'appuie sur l'accompagnement de la volition à travers des mises en situation pour favoriser la participation occupationnelle.

Au vu des recherches et de l'analyse des résultats au cours de ce projet de recherche, il en ressort que l'ergothérapeute peut utiliser les mises en situations pour accompagner la volition afin de renforcer la participation occupationnelle. Néanmoins, la participation occupationnelle est aussi soutenue par d'autres composants. La volition est un levier central, mais elle s'inscrit dans une approche globale et multifactorielle de l'intervention ergothérapique en réadaptation respiratoire.

I. Apports

La réalisation de ce mémoire m'a permis d'approfondir mes connaissances sur la BPCO, la réadaptation respiratoire, l'accompagnement des personnes atteintes de la BPCO en réadaptation respiratoire, ainsi que le rôle de l'ergothérapeute dans ce contexte. Avec la littérature et les entretiens passés, les enjeux liés à la participation occupationnelle et les moyens d'intervention pour favoriser cela auprès de cette population me sont mieux appréhendés. De plus, ce travail m'a également amenée à développer une réflexion autour des concepts ergothérapiques. L'analyse des entretiens m'a permis de faire le lien entre théorie et pratique, comment elles sont appliquées sur le terrain.

Finalement, cette démarche de projet d'initiation à la recherche a renforcé mes capacités de justification et m'a amené à une réflexion sur ma qualité rédactionnelle, sur ma façon de rédiger d'approcher les éléments à l'écrit.

II. Perspectives

Au vu des éléments évoqués tout au long de ce mémoire, plusieurs perspectives peuvent être envisagées.

Tout d'abord, une réflexion autour des co-occupations de la personne présentant une BPCO peut être approfondie. En effet, la participation aux occupations s'inscrit dans un environnement social avec des interactions sociales. Ainsi, la personne peut réaliser ses activités avec une autre personne (amis, conjoint, membre de la famille...etc), dans une dynamique de participation partagée. Or, ces occupations partagées peuvent être impactées par la maladie. Donc, il serait intéressant d'explorer cette notion, les enjeux qui en ressortent avec les personnes atteintes de la BPCO en réadaptation respiratoire en modalité à domicile, ainsi que le rôle de l'ergothérapeute dans ce contexte.

De plus, une réflexion autour de l'accompagnement des aidants des personnes atteintes de la BPCO peut être développée. En effet, l'entourage sociale de la personne est une ressource sur laquelle l'ergothérapeute peut s'appuyer pour soutenir la réalisation de certaines activités. Néanmoins, les proches peuvent également être confrontés à des conséquences physiques, émotionnelles, organisationnelles... etc. Dans cette perspective, l'ergothérapeute a un rôle dans l'accompagnement des aidants puisque cela est en accord avec nos champs de compétences afin de maintenir un équilibre entre ses rôles et la participation dans ses occupations de l'aidant.

BIBLIOGRAPHIE

Académie Nationale de Médecine. (2019). *La bronchopneumopathie chronique obstructive*.

Récupéré le 10/25 sur

[La bronchopneumopathie chronique obstructive – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps](#)

Association Santé Respiratoire France. (2025). *Analyse des obstacles au diagnostic précoce de la BPCO en France : résultats qualitatifs et quantitatifs de l'étude ABCD*.

Récupéré le 10/25 sur

[Diagnostic précoce de la BPCO en France : les obstacles identifiés par l'étude ABCD - Association Santé Respiratoire France](#)

Assurance Maladie. (2025). *Symptômes, diagnostic et complications de la BPCO*.

Récupéré le 10/24 sur

[Symptômes, diagnostic et évolution de la BPCO | ameli.fr | Assuré](#)

Aguilaniu, B et al. (2009). Mécanismes intégrés de la dyspnée et du handicap au cours de la bronchopneumopathie chronique obstructive. *La Presse Médicale*, 38 (3), p.413-420.

<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.12.002>

Avsar, G et al. (2011). Living with chronic obstructive pulmonary disease : a qualitative study, *Australian Journal of advanced nursing*, 28(2).

<https://doi.org/10.37464/2011.282.1682>

Banzett, R et al. (2020). Scared to death dyspnoea from the hospitalised patient's perspective.

BMJ Open Respiratory Research, 7(1).

<https://doi.org/10.1136/bmjresp-2019-000493>

Beaumont, M. et al. (2023). Le rôle du kinésithérapeute dans l'évaluation et la gestion de la dyspnée. *Revue des Maladies Respiratoires*, 40(2), p169-187,

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2022.12.016>

- Bonnaud, G. (n.d). *Spiral de déconditionnement* [Illustration].
http://pneumocourlancy.fr/documents/Presentation_BPCO.pdf
- Boudet, L et al. (2024). Impact de la BPCO sur la fin de carrière professionnelle. *Archives des Maladies professionnelles et de l'Environnement*, 85(2-3).
<https://doi.org/10.1016/j.admp.2024.102326>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. (2026). MOHOST outil d'évaluation.
 Récupéré le 05/2026 sur
[MOHOST | Outil d'évaluation | CRMOH | ULaval](#)
- Collège des Enseignants de Pneumologie. (2023). Item 203- Dyspnée aiguë et chronique. *Dans Référentiel des Collèges des Enseignants de Pneumologie (8e éd.)*.
[Item_203_DYSPNEE](#)
- Collège des Enseignants de Pneumologie. (2023). Item 209- Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). *Dans Référentiel des Collèges des Enseignants de Pneumologie (8e éd.)*.
[item_209_BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE](#)
- Connor, L et al. (2016). Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap. Dans Doris Pierce (ed). *La science de l'occupation pour l'ergothérapeute* (p134-137). DeBoeckSupérieur.
- D'Amore, C et al. (2022). Factors associated with participation in life situations in people with COPD, *Chronic Respiratory Disease*, 17, p1-11.
<https://doi.org/10.1177/14799731221079305>

- Degano, B. (2017). Synthèse N°2 : Evaluation fonctionnelle d'un trouble ventilatoire obstructif. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 9(1), p64-72.
[10.1016/S1877-1203\(17\)30035-6](https://doi.org/10.1016/S1877-1203(17)30035-6)
- Doussin, A et al. (2024). Le Modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner. Dans M-C. Morel Bracq (ed). Les modèles conceptuels en ergothérapie (p86-99). DeBoeckSupérieur.
- Ferrali, O et al. (2012). L'intervention auprès des personnes âgées présentant une déficience respiratoire. In E. Trouvé (ed.) *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques* (p.307-322). Solal.
- Galera, O et al. (2017). Identification des freins à la prescription de la réhabilitation respiratoire pour les patients atteints de BPCO en médecine générale. *Revue de pneumologie clinique*, 73(3), p115-119.
<https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2017.03.002>
- Giacomini, M et al. (2012). Experiences of living and dying with COPD, *Ontario Health Technology Assessment Series*, 12(13), p1-47.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23074423/>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2025). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.
Récupéré le 12/25 sur
[2025 GOLD Report - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD](#)
- Guyatt, G. et al.(1987). A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*, 42(10), 773-778.
[10.1136/thx.42.10.773](https://doi.org/10.1136/thx.42.10.773)

Goubeau, G. et al. (2022). Occupational Therapy for improving Occupational Performance in COPD Patients : A scoping Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 90(4), p353-362.

[10.1177/00084174221148037](https://doi.org/10.1177/00084174221148037)

Hammel, K. W. (2018, Janvier). Possibilités en matière de bien-être : Le droit à la participation occupationnelle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, pE1-E14.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2007). *Éducation thérapeutique du patient (ETP)*. HAS.

Récupéré le 01/26 sur

[Haute Autorité de Santé - Éducation thérapeutique du patient \(ETP\)](#)

Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). *Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive?*.

Récupéré le 12/25 sur

[Haute Autorité de Santé - Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ?](#)

Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). *Guide du parcours de soins Bronchopneumopathie chronique obstructive*.

Récupéré le 11/2025 sur

[Haute Autorité de Santé - Guide du parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive \(BPCO\)](#)

Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). *BPCO : diagnostic et prise en charge*.

Récupéré le 10/2025 sur

[Haute Autorité de Santé - Détecter et diagnostiquer la BPCO même sans symptôme apparent](#)

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). (2025, 11 juin).

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) : Une toux chronique et un essoufflement à ne pas négliger.

Récupéré le 10/2025 sur

[Bronchopneumopathie chronique obstructive \(BPCO\) · Inserm, La science pour la santé](#)

Jones, P-W et al. (1991). The Saint George's Respiratory Questionnaire, *Respiratory Medicine*, 85(2), p25-31.

[https://doi.org/10.1016/S0954-6111\(06\)80166-6](https://doi.org/10.1016/S0954-6111(06)80166-6)

Kaptain, R et al. (2021). New Insight into Activities of Daily Living Performance in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *International Journal Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 16, p1-12.

<https://doi.org/10.2147/COPD.S264365>

Kennedy, J et al. (2017). Clarifying the Construct of Occupational Engagement for Occupational Therapy Practice, *Occupational Therapy Journal of Research*, 37(2), p98-108.

<https://doi.org/10.1177/1539449216688201>

Larousse. (2025). *Cercle*. Dans Dictionnaire Larousse en ligne.

Récupéré le 05/2026 sur

[Définitions : cercle - Dictionnaire de français Larousse](#)

Larousse. (2025). *Comorbidité*. Dans Dictionnaire Larousse en ligne.

Récupéré le 02/2026 sur

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comorbidit%C3%A9/186898>

Le Guillou, F et al. (2017). BPCO et autonomie : impact de la BPCO sur la qualité de vie au quotidien, *Revue des Maladies Respiratoires*, 34(S1), p.A162-A163.

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2016.10.386>

Le Manuel MSD version pour professionnels de la santé. (2025). Bronchopneumopathie

chronique obstructive (BPCO).

Récupéré le 10/2025 sur

[Bronchopneumopathie chronique obstructive \(BPCO\) - Troubles pulmonaires - Édition professionnelle du Manuel MSD](#)

Lindenmeyer, A et al. (2016). How do people with COPD value different activities? An adapted Meta-ethnography of qualitative Research, *Qualitative Health Research*, 27(1).

<https://doi.org/10.1177/1049732316644430>

Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation. (1e ed). De Boeck Supérieur.

Michalovic, C et al. (2020). Description of participation in daily and social activities for individuals with COPD, *COPD : Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17(5), p543-556.

<https://doi.org/10.1080/15412555.2020.1798373>

Migliore, A. (2004). Management of dyspnea guidelines for practice for adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Occupational Therapy Health Care*, 18(3), p 1-20.

[10.1080/J003v18n03_01](https://doi.org/10.1080/J003v18n03_01)

Ministère de la Santé et des Solidarités. (2005). *Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005 – 2010*.

Récupéré le 12/2025 sur

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bpc.pdf

Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. (2025). *Enseignant en activité physique adaptée (EAPA)*.

Récupéré le 04/2026 sur

[Enseignant en activité physique adaptée \(EAPA\) - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées](#)

Morel Bracq, M-C. (2024). Introduction. Dans M-C. Morel Bracq (ed). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (p. 9-15). De Boeck Supérieur.

Morélot-Panzini, C et al. (2015). Évaluation multidimensionnelle de la dyspnée au cours de la BPCO : étude observationnelle prospective. *Revue des Maladies Respiratoires*, 32:A91.

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2014.10.533>

Omura K.M. et al. (2022). Energy conservation, minimum steps, and adaptations when needed : A scoping review, *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 35(2), 125–136.

<https://doi.org/10.1177/15691861221137223>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS); (2001). Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé. Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019). *CA21 Emphysème*. Classification Internationale des Maladies, 11e version révision (CIM-11).

Récupéré le 10/2025 sur

[CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité](#)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019). *CA22 Bronchopneumopathie chronique obstructive*. Classification Internationale des Maladies, 11e version révision (CIM-11).

Récupéré le 10/2025 sur

[CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité](#)

Perez, T et al. (2013). BPCO et qualité de vie : impact de la maladie en médecine générale en France. *Revue des Maladies Respiratoires*, 30(1), p22-32.

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2012.08.005>

Ramon. M-A. et al (2018), The dyspnea-inactivity vicious circle in COPD : development and external validation of a conceptual model. *European Respiratory Journal*, 52(3),

[10.1183/13993003.00079-2018](https://doi.org/10.1183/13993003.00079-2018)

Rochester, C et al. (2023). Pulmonary Rehabilitation for Adults with Chronic Respiratory Disease: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 208(4), p7-26.
<https://doi.org/10.1164/rccm.202306-1066ST>

Roger, R-F et al. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique, *L'Encéphale*, 36(5), p433-438.
<https://doi-org./10.1016/j.encep.2010.02.005>

Santé Publique France. (2025, 11 juin). *BPCO et insuffisance respiratoire chronique*.
Récupéré le 10/2025 sur
[BPCO et insuffisance respiratoire chronique – Santé publique France](#)

Santé Publique France. (2025, 4 juillet). *Tabagisme et santé*.
Récupéré le 10/2025 sur
[Tabagisme et santé | Santé publique France](#)

Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). (2010). Définitions, classification, facteurs pronostiques, *Revue des Maladies Respiratoires*, 27(S1).
[11-18.10.1016/S0761-8425\(10\)70003-6](#)

Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). (2010). Réhabilitation du patient atteint de BPCO, *Revue des Maladies Respiratoires*, 27(S1), 36-69.
[10.1016/S0761-8425\(10\)70005-X](#)

Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). (2010). Traitement pharmacologique de la BPCO, *Revue des Maladies Respiratoires*, 27(S1), p19-35.
[10.1016/S0761-8425\(10\)70004-8](#)

Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). (2017). Faire de la BPCO une urgence de santé publique.
Récupéré le 05/2026 sur
https://splf.fr/wp-content/uploads/2017/11/LB_Faire-de-la-BPCO-une-urgence-de-sant%C3%A9-publique_Vdef.pdf

Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). (2022, 17 mai). *Vers une nouvelle définition des exacerbations de BPCO?*.

Récupéré le 05/2026 sur

[exacerbation – Société de Pneumologie de Langue Française](#)

Sue, P et al. (2017). MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle.

DeBoeckSupérieur.

Suen, A et al. (2023). National Prevalence of Social Isolation and Loneliness in Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Annals of the American Thoracic Society*, 20(12), p1709-1717.

<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.1513/AnnalsATS.202304-288OC>

Taylor, R et al. (2017). Kielhofner 's Model of Human Occupation (5e ed). Wolters Kluwer.

Tétreault, S., Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De boeck.

Velloso, M et al. (2006). Study of energy expenditure during activities of daily lying using or not using body position recommended by energy conservation techniques in patients with COPD, *Chest*, 130, p126-132.

<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.1378/chest.130.1.126>

VIDAL. (2025, 15 juin). *BPCO*.

Récupéré le 10/2025 sur

[BPCO - symptômes, causes, traitements et prévention - VIDAL](#)

VIDAL. (2025, 11 octobre). *Les médicaments de la BPCO*.

Récupéré le 10/2025 sur

[Les médicaments de la BPCO - VIDAL](#)

Weldam, SW, et al. (2013). Evaluation of Quality of Life instruments for use in COPD care and research: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 688–707. [10.1016/j.ijnurstu.2012.07.017](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.017)

World Health Organization (WHO). (1999). *Programme on mental health : WHOQOL User Manual*.

Récupéré sur le 04/2026 sur
<https://www.who.int/tools/whoqol>

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Auto-questionnaire pour le dépistage de la BPCO

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Formulaire de consentement

Annexe IV : Retranscription de l'entretien

Annexe I



Auto-questionnaire Dépistage BPCO

Faites le test : aurais-je une BPCO ?

La BPCO ou Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive est une maladie pulmonaire chronique, fréquente mais que les personnes ignorent souvent.

Si vous répondez à ces questions, cela aidera à savoir si vous avez une BPCO

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Toussez-vous souvent (tous les jours) ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| Êtes-vous plus facilement essoufflé que les personnes de votre âge ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| Avez-vous plus de 40 ans ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| Avez-vous fumé ou fumez-vous* ? | Oui ☐ | Non ☐ |

Si vous répondez positivement à trois de ces questions**, le médecin généraliste peut soit mesurer votre souffle à l'aide d'un spiromètre soit vous orienter vers un pneumologue.

Découvrir une BPCO précocement permettra de prévenir des lésions pulmonaires ultérieures. Des traitements sont disponibles pour que vous vous sentiez mieux.

* ou avez-vous été exposé de manière prolongée ou répétée à des gaz, poussières, fumées, vapeurs dans le cadre de votre travail ?

** deux réponses « oui » peuvent déjà constituer un signe d'alarme

Adapté de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2014

Source : Auto-questionnaire pour le dépistage de la BPOC, tiré de HAS, 2014

Annexe II

Bonjour, je suis Alice CHEN. Je suis une étudiante de 3e année en ergothérapie à l'IFE ADERE à Paris dans le 20e arrondissement. Pour l'obtention de mon diplôme d'état d'ergothérapie, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur les personnes atteintes de la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive en réadaptation respiratoire dans le milieu hospitalier.

Nous nous retrouvons aujourd'hui dans le cadre d'un entretien que vous avez accepté de m'accorder et me permettra de développer mes recherches sur ce sujet.

L'entretien sera enregistré et retranscrit tout en respectant votre anonymat, et l'enregistrement sera conservé jusqu'à l'obtention de mon diplôme.

Avant de commencer, je recueille une nouvelle fois votre consentement. Etes-vous d'accord afin d'effectuer cet entretien et que son contenu soit retranscrit de façon anonyme dans mon mémoire?

Questions principales	Questions de relance	Objectifs
1. Pouvez-vous vous présenter rapidement, votre parcours et votre lieu d'exercice?	- Depuis quand êtes-vous diplômée? - Depuis combien de temps travaillez-vous (ou avez-vous) dans cet établissement? - Quel est le profil des patients BPCO accueillis?	Présentation de la personne et comprendre son contexte d'exercice.
2. Quelle est votre expérience auprès des personnes atteintes de la BPCO?	- Depuis combien de temps accompagnez-vous ces personnes? - Quels étaient le profil de ces personnes? (stade de la maladie, vécu et difficulté) - Et plus particulièrement, quelle est votre expérience dans la réadaptation respiratoire?	Situer le niveau d'expérience de l'ergothérapeute.
3. Comment se déroule l'accompagnement des personnes atteintes de la BPCO que vous suivez en réadaptation respiratoire?	- Pouvez-vous m'expliquer les étapes de l'accompagnement? - A quel moment intervenez-vous dans le parcours de soin de la personne ? - Au niveau des modalités : quelle est la durée du suivi? A quelle fréquence voyez-vous le patient? - Quels sont les autres professionnels de santé qui interviennent ?	Comprendre l'organisation de la prise en soin.
4. Quelle place occupe l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire de réadaptation respiratoire?	- Comment s'organise la coordination autour du patient? - Quelle est la plus value de l'ergothérapeute en RR?	Comprendre la collaboration interprofessionnelle.
5. D'après votre expérience, pouvez-vous m'expliquer les besoins et les difficultés que rencontrent les patients que	- Dans quelles sphères des AVQ intervenez-vous le plus souvent ? / Quelles sont les difficultés qui reviennent le plus souvent?	Identifier les problématiques occupationnelles.

vous accompagnez?	- Comment les personnes parlent de leur quotidien? Comment sont-ils impliqués dans leur quotidien? - <i>Comment ces besoins évoluent au cours de l'accompagnement et au cours de la maladie?</i>	
6. Comment définissez-vous les objectifs thérapeutiques?	- Quel est l'objectif principal de votre accompagnement auprès de ces personnes dans ce cadre? - Pouvez-vous m'expliquer les éléments sur lesquels vous appuyez pour les définir dans ce cadre précis? - Pouvez-vous me donner des exemples concrets? - De quelle manière les besoins se manifestent durant l'accompagnement? - Comment évaluez-vous les besoins et les demandes des patients?	Comprendre la pratique de l'ergothérapeute.
7. Participation occupationnelle <i>“S'engager dans des occupations situées dans un contexte socio-culturel, désirées et/ou nécessaires pour le bien-être de la personne. La participation occupationnelle correspond à un engagement qui implique non seulement la réalisation d'activités mais aussi l'expérience subjective dans l'Agir”.</i> (Taylor, 2024). - Qu'est ce que vous comprenez de la notion de participation occupationnelle? / Comment définissez-vous la participation occupationnelle?	- Que pensez-vous de favoriser sa participation occupationnelle comme objectif thérapeutique? - Quels facteurs favorisent ou freinent cette participation occupationnelle? - Quels obstacles rencontrez-vous le plus souvent pour favoriser la participation occupationnelle ? - D'après vous, parmi les moyens que vous utilisez déjà, quels sont ceux qui favorisent la participation occupationnelle? - Quelles stratégies/médiations utilisez-vous pour maintenir/relancer la participation occupationnelle?	Comprendre ce qui favorise ou freine la participation occupationnelle.

8. Est-ce que selon vous la réadaptation respiratoire est un cadre propice pour favoriser la participation occupationnelle de la personne?	- Y a-t-il des aspects du cadre qui peuvent au contraire limiter la participation occupationnelle de la personne ? - Quels sont les éléments de la RR qui favorisent la participation occupationnelle?	Comprendre le cadre de la réadaptation respiratoire dans la participation occupationnelle.
9. Comment intervenez-vous auprès de ces personnes pour les accompagner dans le quotidien?	- Utilisez-vous des outils, des supports spécifiques ? du matériel adapté? - Qu'est-ce que vous proposez concrètement aux patients? - Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation qui illustre bien vos moyens? - Comment travaillez-vous autour des AVQ difficiles des patients?	Identifier les moyens thérapeutiques utilisés par l'ergothérapeute.
10. Quelles approches ou modalités d'intervention utilisez-vous dans votre accompagnement ?	- Dans quelles situations choisissez-vous ces approches plutôt que d'autres ? - Comment adaptez-vous ces modalités selon les besoins de la personne ? - Quels types d'activités ou situations proposez-vous ? - Qu'est-ce que cela apporte selon vous ?	Connaître l'intérêt d'utiliser les mises en situation en ergothérapie comme moyen thérapeutique
11. Avez-vous observé une évolution sur la participation occupationnelle et la qualité de vie des patients à la suite de votre intervention?	- A quels éléments portez-vous votre attention pour observer cette évolution? - Selon vous, quel aspect précis de votre intervention a eu le plus d'impact sur la participation occupationnelle du patient (la posture, l'adaptation de	Comprendre l'impact de l'intervention de l'ergothérapeute.

	l'environnement, le choix de l'activité) ?	
12. Quelle place occupe l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) dans votre accompagnement?	- A quel moment de l'accompagnement intervient-elle? - Comment s'intègre-t-elle dans l'accompagnement? - Qu'est-ce que cela change dans votre accompagnement (influence dans la gestion du quotidien?) -Comment était-elle mise en place (modalité)?	Identifier la place de l'ETP dans l'accompagnement.
<u>Conclusion</u> -Avez-vous des questions ou voulez-vous rajouter des éléments que nous n'avons pas abordés, mais qui vous semblent pertinents? -Connaissez-vous d'autres ergothérapeutes qui seraient susceptibles de répondre à mon questionnaire ?		

Annexe III



Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
Institut de Formation en Ergothérapie - 52, rue Vitruve - 75020 PARIS
Tél : 01 43 67 15 70 - Courriel : adere@adere-paris.fr

Projet d'initiation à la recherche Formulaire de recueil de consentement

Ce formulaire est destiné à recueillir votre accord (consentement) concernant votre participation et la collecte des données vous concernant, dans le cadre du projet d'initiation à la recherche intitulé "Accompagnement de la qualité de vie et de l'engagement occupationnelle en ergothérapie chez les personnes atteintes de la BPCO" menée par Alice CHEN, étudiant.e à l'Institut de formation en ergothérapie de l'ADERE, situé au 52 rue Vitruve, 75020 Paris, et dirigé par Madame Yolaine ZAMORA.

Je soussigné(e).....

Cocher une ou plusieurs cases

- ☐ Accepte librement et volontairement de participer à ce projet d'initiation à la recherche.
- ☐ Autorise l'étudiant à enregistrer les audios et à exploiter les enregistrements uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche pour faciliter la transcription et l'analyse des réponses.
- ☐ Autorise l'étudiant à prendre des photographies et/ou filmer et exploiter les photographies et les vidéos enregistrées de mon image et de mes propos uniquement dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, pour en faciliter la transcription et l'analyse.

Il est entendu que le projet d'étude m'a été présenté. J'ai bénéficié du temps de réflexion nécessaire pour prendre ma décision. Il m'a été précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, sans aucune conséquence pour moi.

Je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude, et demander la destruction des supports de fixation d'images et de sons, quelles que soient mes raisons, sans devoir me justifier, ni supporter aucune conséquence, en contactant l'étudiant.e : Alice CHEN.

L'étudiant.e menant cette étude dans le cadre de son mémoire de fin d'étude s'engage à :

- garantir mon anonymat, en attribuant un identifiant unique et non nominatif aux données recueillies me concernant,
- stocker de manière sécurisée les données recueillies,
- conserver les données recueillies seulement pendant la période d'étude qui prendra fin à l'issue de la soutenance de son mémoire,
- utiliser et diffuser les informations recueillies uniquement dans le cadre de son travail d'étude,
- détruire l'ensemble des données recueillies à l'issue de sa soutenance de mémoire.

Toute utilisation ou diffusion des données recueillies en dehors de ce cadre est interdite.

Le présent formulaire est délivré en deux exemplaires.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à, le

Signature du participant

Signature de l'étudiant.e



Annexe IV

Moi : Est-ce que du coup vous pouvez commencer par vous présenter un peu rapidement votre parcours et un peu euh votre lieu d'exercice?

E3 : Oui, alors moi je suis Mme C. Je suis diplômée du coup de 2011. J'ai toujours travaillé en gériatrie donc. Et euh j'ai travaillé auprès d'un public atteint de BPCO pendant plus de 8 ans en hôpital de jour de SMR gériatrie polyvalent. Euh on accueillait du coup un profil de patients BPCO, donc à partir... à partir de 55 ans grosso modo. Comme on était un hôpital de jour, on avait une ouverture sur différentes pathologies et la BPCO en faisait partie. Donc c'était dans un hôpital de jour situé dans les Y (nom du département), sur la ville... la ville de D (nom de la ville).

Moi : OK.

E3 : Et notre hôpital, du coup, est rattaché à l'hôpital, au centre hospitalier M (nom de l'hôpital) de S (nom de la ville). Et donc on travaillait en étroite collaboration avec le service de pneumologie de S (nom de la ville).

Moi : OK, très bien. Est-ce que vous pouvez un peu plus m'expliquer les profils de patients qui... euh 'fin que vous accompagnez, vous avez accompagné plutôt?

E3 : Que j'ai accompagné en hôpital de jour dans le cadre de la BPCO?

Moi : Oui, en réadaptation respiratoire.

E3 : Euh ben, c'était beaucoup de BPCO quand même, 90%. On a eu aussi des patients qui avaient des maladies génétiques, je ne sais plus te donner le nom exact, mais la plupart c'était des BPCO, allant du stade 1 à un stade plus avancé du coup. Euh... ils faisaient tout ce qui était épreuves d'effort, du coup en pneumo à M (nom de l'hôpital), à S (nom de la ville) du coup. Et ensuite, du coup, ils étaient orientés s'ils le souhaitaient parce qu'il y en a qui... Il leur est proposé de faire de la réadaptation à l'effort en hôpital de jour, à raison de 2 fois par semaine pendant 3 mois. Et certains acceptés, d'autres d'autres refusés.

E3 : Ok, très bien. Est-ce que du coup, dans ce cadre de réadaptation respiratoire, vous pouvez un peu m'expliquer vos grandes étapes d'accompagnement ? À quel moment vous les accompagnez dans leur parcours de soins?

Moi : D'accord. Alors, en fait, le patient, il est adressé en hôpital de jour une première fois pour réaliser ce qu'on appelle un examen initial. Donc, au cours de cette journée, le patient arrive à jeun à l'hôpital de jour. Donc, c'est une journée qui est quand même assez étendue puisqu'elle commence à 9h et se termine à 16h pour le patient. Euh..Il va arriver donc à jeun à l'hôpital. Il va rencontrer différents professionnels de santé. La secrétaire pour tout ce qui est administratif, l'infirmière pour tout ce qui va être bilan sanguin, recueil de données. On va voir un peu... donc la prise de sang va se faire à ce moment-là parce qu'il y a toujours un bilan bio qui est réalisé. Ensuite, il prend le petit déj, donc il est accompagné par l'aide soignante. Et ensuite il rencontre le médecin pour faire un petit un petit point de pourquoi il est là aujourd'hui et après qu'il est vu le médecin, il va avoir les différents professionnels de la rééducation, donc le kiné, l'ergothérapeute, la diététicienne et parfois la psychomot. Les 3 intervenants en fait obligatoires en bilan, en rééducation en tout cas, c'est kiné, ergo et diététiciennes dans le cadre de la BPCO. Et parfois, la psychomot en fonction de la prescription médicale.

Moi : Ok, très bien. Et lorsque vous réalisiez ce bilan, qu'est-ce qui ressortait de ce bilan en ergo?

E3 : Alors, en ergo, la spécificité de la BPCO, ce que je faisais essentiellement, au niveau.. pour ce plateau-là, je faisais un test qui s'appelle le CQR du coup, qui est un test, du coup, qui reprend plusieurs questions sur les activités de vie quotidienne et qui questionne notamment sur la dyspnée lors de la réalisation de ses activités, qui questionne du coup sur les fonctions émotionnelles, sur une forme de contrôle de la maladie. C'est très bien fait. Je pense si vous cherchez sur Internet, vous trouverez ce questionnaire, et euh en épreuve d'effort, je faisais aussi le test de l'escalier, du coup.. où...où du coup, le patient doit pendant 2 min monter les escaliers à son propre rythme, en gestion... en gérant sa propre respiration. Et pendant ce temps, ce qui est demandé à l'ergo, c'est de bah surveiller les constantes, de surveiller que le patient ne sature pas, de prouver justement le seuil de désaturation. Et pour que ça soit quantitatif, on calcule le nombre de marches. C'est un test qui sera...ce sont 2 tests qui seront reproduits à un mois et demi de prise en charge et à 3 mois, ce qu'on appelle un bilan

intermédiaire et un bilan final, ce qui nous permettra du coup euh... d'ajuster nos moyens de prise en charge dans le temps au cours de la période où ils seront en hôpital de jour en fait.

Moi : Ok.

E3 : Donc ça, ça concerne vraiment le bilan, du coup, si c'était ça la question. Pas la rééducation, mais juste les bilans.

Moi : Je voudrais justement rebondir sur le CQR. Vous disiez que c'était un bilan qui permet du coup d'évaluer un peu l'impact au niveau des activités de vie quotidiennes avec dyspnée et les fonctions émotionnelles. Lorsque les patients passaient ce bilan, qu'est-ce qui ressortait un peu? Comment ils décrivaient leur quotidien? Quelles étaient pour eux les activités de vie quotidiennes les plus difficiles?

E3 : Alors, les plus difficiles, souvent, c'est tout ce qui va des activités d'endurance, monter les escaliers, c'est une activité qui va être du coup problématique. Marcher, marcher en groupe aussi, parce que quand on entend marcher en groupe, il y a par exemple suivre le rythme du groupe et parfois aussi parler. Donc ça, c'est des activités qui reviennent. Euh... et ce qui revenait aussi, c'était prendre la douche, les soins personnels du coup, parce qu'il y a aussi du coup tout ce qui va être environnement physique avec la buée dans la salle de bain, peut-être le manque de ventilation, le maintien de la position debout longtemps, l'élévation des membres supérieurs, tout ce qui... tout ça, ça peut être problématique chez la personne BPCO par exemple.

Moi : Ok.

E3 : Qu'est-ce qui revenait encore? Faire les courses aussi. En fait, étant donné qu'il y a la fatigue dans les symptômes de la BPCO, tout ce qui va demander du coup une certaine endurance va directement impacter... Impacter la qualité de vie de la personne et du coup, elle va chercher un peu des compensations ou à réduire l'activité en elle-même.

Moi : OK. Vous m'avez parlé des courses, des soins personnels, monter les escaliers, très bien. Et du coup, une fois que vous avez fait ces différents bilans, sur quels éléments vous appuyez justement pour un peu définir votre plan d'intervention?

E3 : Alors, on va faire plutôt tout ce qui est des projets... Donc ça, c'est un bilan qu'on fait à chaque... à chaque patient et après, on va essayer de travailler pour ce qui est vraiment important pour eux aussi dans les activités. Parce que faut savoir qu'avec ce public, il y a plein d'activités où ils se sentent tellement en difficulté et tellement dyspnéique qu'ils vont arrêter complètement de les faire. Parce que pour eux, bah quand ils manquent d'air, bah c'est étouffant et du coup, ils préfèrent ne plus faire, plutôt que du coup chercher à compenser l'activité. Donc moi, ce que j'avais comme habitude de faire, c'est de cibler avec eux les activités qui sont pour eux les plus importantes, celles qu'on voulait... Donc pour eux.. important pour eux aussi, important pour leur entourage. Parce que des fois, il est arrivé aussi que certains patients mentionnent que bah voilà leur conjoint a été présenté un certain mécontentement parce que, je ne sais pas moi, ils ne faisaient plus telle ou telle activité alors que c'est une activité qu'ils partageaient ensemble. Voilà, donc on essaie de rechercher des activités qui aient du sens pour la personne et pour l'environnement.

Moi : Est-ce que vous avez par exemple, un exemple concret que vous pouvez me donner ou qui vous vient en tête?

E3 : J'ai pas vraiment d'exemple là... par rapport au fait que ce soit de l'activité partagée ou une activité lambda par un patient.

Moi : Par un patient.

E3 : Bah par exemple.. Qu'est-ce que je pourrai dire? Pour faire les courses par exemple, si on peut sortir faire les courses, ils vont faire des drives et puis faire des livraisons à domicile ou pour tout ce qui va être monter les escaliers, ben ils vont plus sortir de chez eux. Par exemple, si c'est quelqu'un qui habite en appartement sans ascenseur et qui a, je sais pas moi, une dizaine de marches et que c'est compliqué, ben ça se peut que les personnes finissent par ne plus... faire un isolement social parce qu'elles préfèrent ne plus sortir plutôt que de se mettre en difficulté dans l'activité. Ça peut vraiment aller du quitte au double en fait.. Et en fait, tant qu'il y a pas de prise de conscience sur la maladie, sur les possibilités respiratoires, c'est difficile du coup de faire changer la perception de la maladie aussi pour la personne BPCO.

Moi : C'est-à-dire perception de la maladie? Qu'est-ce que vous entendez par perception et prise de conscience de la maladie?

E3 : Parce que souvent, à partir du moment où bah tout ce qui va être tout ce qui va être de la réadaptation, c'est dur à intégrer. Si on leur apprend pas, si on leur dit pas qu'on fait des exercices de gestion du souffle, gestion de l'effort, du coup on leur apprend à si on leur dit pas que c'est possible de séquencer l'activité en plusieurs fois ou de solliciter de l'aide de tiers. C'est pareil, demander de l'aide à quelqu'un, des fois c'est compliqué pour qui compte d'ailleurs. Parce que c'est du coup se mettre un peu en échec. Voilà, je pense qu'il y a vraiment tout un apprentissage à faire avec la personne au niveau du coup un peu de ce qui va être éducation thérapeutique ou indication thérapeutique s'il y a pas de programme, mais pour lui montrer les différentes possibilités.

Moi : Vous parliez du coup de l'éducation thérapeutique, c'est un de vos moyens d'intervention en tant qu'ergo au moment où vous étiez dans cette structure?

E3 : Oui, on a un programme d'éducation thérapeutique dans cet hôpital de jour axé sur la BPCO.

Moi : Est-ce que vous pouvez m'en parler un peu plus de ce programme d'ETP ? Et quel était du coup un peu le rôle de l'Ergo dans ce programme?

E3 : Alors, c'est un programme qui est proposé du coup... C'est un programme qui reprend du coup 8 séances.

Moi : OK

E3 : L'ergo intervenait du coup à la fin, la 8e séance. Le titre du coup de la séance, par exemple, c'était "Petits efforts, grands résultats". Et en fait, c'était pour montrer justement grosso modo les objectifs, c'était pour apprendre au patient, du coup, à aménager son emploi du temps, à reconnaître sa propre limite aussi, à savoir sur le saturomètre, par exemple cet instant-là, ben il commence du coup à décompenser qu'il va falloir ralentir. Il y avait une gestion du coup du souffle, gestion du rythme, séquençage d'activité. On parlait vraiment du coup de ce que le patient exprimait et pour rebondir sur ses activités. Typiquement, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, c'était qu'est-ce qui est important pour vous? Dans quelle situation

vous êtes senti du coup en difficulté respiratoire ? Pour quelle activité? Ok, donc par exemple, tu vas faire la toilette? OK, donc ça c'est l'activité problématique. Qu'est-ce qui est difficile du coup? Quand... pour... donc ça, c'est quelque chose qu'on fait en groupe. Tu prends un paperboard et puis on.. donc... tu analyses l'activité. On rebondit, si c'est une activité qui revient plusieurs fois. Bon, on va commencer par aborder cette activité et puis on va faire un peu une analyse d'activité en fait. Tous ensemble, donc à chaque fois, en fait, chaque séance était différente parce que moi je pars vraiment. Enfin, je partais vraiment du coup des dires de mon public pour proposer des solutions. Donc sur 6, c'était toujours un groupe fermé du coup de 6.. je dirais 6 à 8 patients max et c'était ouvert à qui voulait vivre.

Moi : OK, c'est du coup... ça veut dire que quand la personne elle intègre la réadaptation respiratoire, c'est quelque chose qui est.. qu'on lui présente d'office, qu'il y a un problème d'ETP et après c'est à lui de choisir d'intégrer ou pas. Ou comment ça se passe?

E3 : C'est quelque chose qu'on présente. Oui, dès qu'on a un programme d'éducation thérapeutique sur l'ETP, sur la BPCO. Et c'est quelque chose qu'elle intègre ou pas étant donné qu'il y a 8 séances. Il y a une séance, par exemple, c'est sur l'oxygénothérapie. Si mon patient il est en stade 1, stade 2, qu'il n'a pas besoin d'oxygène, il y a pas grand intérêt à ce qu'il aille voir ce qui se passe en oxygénothérapie en fait. Donc ça dépend vraiment du besoin à un instant T du patient. Comme c'est une maladie évolutive, ils sont pas tous au même stade, donc en fait ils vont un petit peu.. J'ai pas envie de dire ça, mais c'est un peu à la carte en fait, c'est un peu en fonction des besoins à l'instant T du patient, il va s'orienter plus vers telle ou telle séance.

Moi : Ok, donc c'est un programme d'ETP qui regroupe l'ensemble des différents stades de la maladie.

E3 : Ouais.

Moi : Ok. Et tout à l'heure, vous parliez lors du bilan que vous essayez du coup de centrer vos objectifs sur ce qui est important pour la personne, ce qui fait sens à la personne. Vous m'avez du coup parlé de l'ETP comme moyen d'intervention. Est-ce que vous en utilisez d'autres?

E3 : Alors moi je faisais beaucoup de séances en individuel, donc l'ETP c'était en collectif. Mais en individuel, j'avais aussi un peu une trame avec différentes activités. Ils me racontaient aussi un peu leurs semaines, s'il y avait des problématiques. Le fait d'avoir les patients sur trois mois de prise en charge, À raison de 2 fois semaine, j'avais quand même... je les voyais quand même de façon hebdomadaire assez régulièrement et du coup, on refaisait... on refaisait un point parce qu'il y a des fois, évidemment, avec cette maladie, des fois ça va bien, des fois ça va moins bien, c'est assez fluctuant. Ça dépend aussi des conditions météorologiques, ça dépend de plein de choses en fait, donc... On était beaucoup dans la discussion en fait.. on était... C'est vraiment une population avec laquelle j'ai apprécié travailler parce que du coup, il y avait beaucoup d'échanges sur ben sur le quotidien en fait, sur telle chose s'est bien passée, telle autre chose s'est moins bien passée. Et on essaie de trouver ensemble des solutions. Je pense que l'ergothérapeute, il est vraiment le professionnel du coup privilégié aussi pour être vraiment proche. Dans, entre guillemets, l'intimité de vie de son patient quoi.

Moi : Est-ce que vous pourriez un peu plus expliciter cette idée d'être proche?

E3 : Bah, parce que l'ergothérapeute est le professionnel qui va aborder vraiment toutes les sphères de vie quotidienne, toutes les activités de vie quotidienne. Et en tout cas, moi, je parlais vraiment de toutes, de toutes les activités et du coup, on se sent vraiment interlocuteur privilégié aussi. Si je sais pas moi, j'ai pas réussi à mettre mes chaussettes, et cetera,. à nous en parler plutôt à nous, plutôt qu'à la diététicienne, au kiné ou autre. Voilà. Du coup, ça me fait penser qu'on a aussi un livret du coup avec différentes activités... un livret pour tout ce qui va être économie d'énergie donner un ergothérapie aux patients qu'on laisse du coup découvrir dans un premier temps lui-même. Et on se rendait aussi.. donc je dis on parce que j'ai une collègue qui était avec moi, on se rendait aussi disponible pour répondre aux éventuelles questions des patients sur tel ou tel sujet qui leur semble judicieux d'être abordé.

Moi : C'est un livret qui a été rédigé par l'ensemble de l'équipe?

E3 : Ah non, c'est un livret qui a été rédigé en ergothérapie.

Moi : Ah d'accord, ok, très bien. Vous parliez de votre trame d'activité au début, c'est quoi exactement cette trame?

E3 : Une trame d'activité au début? C'est en individuel du coup?

Moi : Oui, c'est ça.

E3 : Donc en individuel, je vais leur questionner surtout sur les activités qui sont les plus importantes pour eux. Les activités qu'ils ont mises de côté, les activités qu'ils pourraient faire s'ils avaient plus d'énergie. J'essaie de diversifier les questions pour voir vraiment celles pour lesquelles ils ont intérêt, celles qu'ils ont abandonné. Mais ils ont quand même de l'intérêt, celles qui peuvent déléguer à quelqu'un parce qu'ils ont moins d'intérêt. Tu questionnes vraiment du coup les activités sur l'importance et le sens qu'on leur donne, la place qu'on leur donne en fait au quotidien.

Moi : Et dans ce genre de situation, est-ce.. quel moyen vous utilisez ou vous avez pour justement essayer de les faire impliquer de nouveau dans les activités qui sont dites importantes pour la personne?

E3 : Ça dépendait, alors comment... comment on pouvait procéder? S'il y avait des proches aidants qui étaient là pour entendre et qu'il allait dans le même sens que le patient. On essayait de travailler ensemble.

Moi : Ok.

E3 : Sinon, on travaillait... Enfin, je donnais quelques petits tips, à essayer du coup à la maison, voir si c'était mieux ou pas, faire un retour la semaine d'après par rapport à une problématique cible.

Moi : Ok.

E3 : En fait, la BPCO, c'est beaucoup tester-erreur aussi quand on propose quelque chose aussi.

Moi : Ok, et euh ça rejoint du coup un peu le cadre de l'hôpital de jours puisque vous les voyez 2 fois par semaine, ça permet que eux ils puissent aussi un peu tester chez eux et vous faire un retour après. Ouais, aussi.

E3 : Ouais ouais. J'ai eu des patients, du coup, qui étaient... qui étaient encore en activité professionnelle. Du coup, j'ai l'exemple d'une dame qui prenait les transports en commun pour se rendre au travail. L'objectif, c'était comme on travaillait beaucoup avec les patients en endurance aussi, l'objectif c'était Ok alors pour se rendre d'un point A à un point B, on va faire 20% du parcours en marchant et le reste vous prendrait plus le bus. Et à chaque fois, chaque semaine, on essaie d'augmenter un petit peu. Pour qu'elle puisse au final.. parce que c'était important pour elle de pouvoir retourner travailler à pied plutôt que de prendre les transports en commun. Et du coup, on travaillait des petits objectifs. Donc c'est une activité de vie quotidienne et on travaillait beaucoup des objectifs crescendo en fait comme ça.

Moi : D'accord, OK. Là, on va essayer d'aborder un nouveau thème. Est-ce que si je vous parle de participation occupationnelle, qu'est-ce que vous comprenez derrière cette notion ? Ou comment vous pouvez la définir?

E3 : La participation occupationnelle, c'est que le patient soit acteur dans ses activités de vie quotidienne, qu'il montre...

Moi : Je suis désolée, je n'ai pas très entendu la fin de votre phrase.

E3 : J'ai dit qu'il montre un certain engagement occupationnel, peut-être?

Moi : Oui, ok. Du coup, vous associez cette notion de participation à aussi un peu une forme d'engagement dans les occupations.

E3 : Oui. La définition que j'avais, c'était : s'engager dans des occupations qui sont situées dans un contexte socio-culturel désiré ou nécessaire pour le bien-être de la personne. Et que du coup, cette participation, elle correspond aussi, du coup, comme je vous disais, à un engagement qui implique pas seulement du coup la réalisation effective, mais aussi un peu l'expérience subjective que la personne a de l'occupation. Et du coup, si on prend cette définition, est-ce que c'était un de vos objectifs avec vos patients?

E3 : Ah bah oui, du coup, comme je vous ai dit tout à l'heure, il y a certaines activités qui étaient mises de côté parce qu'elles étaient considérées comme problématiques dans le déroulé de la maladie. On va essayer de retravailler dessus, parce qu'effectivement c'est une activité que le patient considère comme étant importante. Donc, dès qu'on a cette petite bride d'engagement occupationnel, dès qu'on sent qu'il y a cet intérêt et que ça paraît important pour le patient, on va essayer justement de travailler du coup tout ce qui va être sur la rééducation, réadaptation respiratoire et aussi parfois sur de la compensation, du coup si c'est possible.

Moi : Et du coup. Quels facteurs vous pensez peuvent favoriser ou freiner cette participation professionnelle? ?

E3 : Le regard des autres. J'ai remarqué que dans la BPCO... typiquement un exemple, donc si la personne elle est en difficulté, un exemple concret, elle est en difficulté à l'usage des escaliers. Elle choisit de ne plus sortir de chez elle parce que, à chaque fois qu'elle emprunte les escaliers, elle est dyspnéique. Ça c'est un fait. Donc dans l'évolution de la maladie, parfois on a recours du coup à de l'oxygénothérapie et typiquement accepter du coup le port de l'oxygène, accepter d'être du coup dépendant de l'oxygène pour pouvoir continuer à faire certaines activités, ça peut être un frein aussi pour les patients, notamment au niveau de l'image qu'ils renvoient à l'extérieur. Je ne sais pas si vous comprenez du coup?

Moi : Oui, je vous comprends, c'est un peu dans cette même idée de avec un fauteuil roulant électrique ou le déambulateur.

E3 : Oui, le déambulateur en gériatrie. Voilà, c'est dépendre de quelque chose et J'en veux pas parce que qu'est-ce qu'ils vont dire ? Ils vont le voir comme une malade en fait. La BPCO, un autre exemple qui me vient. J'ai des patientes qui ont refusé du coup d'aller au restaurant, par exemple, au restaurant avec amis, famille, et cetera. Parce que la BPCO, un des symptômes aussi, c'est du coup l'expectoration. Du coup, c'est cracher et parfois, bah on peut pas forcément contrôler ces crachats. Donc cracher au restaurant, bah voilà, c'est pas... C'est pas très agréable pour soi, c'est pas agréable pour les autres, donc certaines personnes préféreraient du coup plus aller au restaurant. Enfin voilà, l'image de soi, en fait, elle est.. elle est... elle est beaucoup impactée je trouve dans cette maladie.

E3 : Et du coup, dans justement, ce facteur du regard, enfin du coup ce facteur qui freine cette participation qui est le regard des autres. Quels moyens vous utilisez pour justement essayer de maintenir ou de relancer cette participation avec ces freins que vous avez identifiés?

Moi : C'est vrai que dans les ateliers de groupe essentiellement, du coup dans les ateliers de groupe, soit en éducation thérapeutique ou soit des ateliers de groupe lambda où on venait à parler du coup de telle ou telle situation et l'échange entre pairs aussi. L'échange entre pairs, ça marche bien aussi. Du coup, tiens moi j'ai fait ça, j'ai essayé ça, tu devrais essayer en fait, ça arrive, du coup que ça se passe plutôt bien. Un peu une pair-aidance en fait.

Moi : C'est quelque chose qui était beaucoup pratiqué dans votre programme d'ETP?

E3 : Alors, ça se distingue quand même de l'ETP parce que en ETP, dans l'ETP, dans notre programme, on avait des objectifs en gros à faire passer. Et du coup, on avait, on partait vraiment des activités où on pouvait travailler beaucoup l'économie d'énergie, les postures, le séquençage d'activités. On faisait vraiment une analyse d'activité. En tout cas, dans les 2 séquences que j'animais, tout ce qui va être plutôt l'échange constructif entre pairs, ça va pouvoir arriver dans d'autres groupes. On faisait aussi d'autres activités de groupe comme du yoga, du rire, time's up Des choses comme ça. Et le fait qu'on soit en groupe, c'est toujours les mêmes personnes. Il y a quand même un certain lien qui se crée Entre les patients et avec les professionnels, et parfois il y a des sujets qui sont abordés Voilà au cours de l'activité. Et il va arriver parfois que certains patients puissent échanger sur des problématiques qu'ils pouvaient rencontrer au quotidien. Et c'est au cours de ces ateliers de groupe, du coup, qu'il pouvait y avoir des échanges et un petit peu casser ces idéaux, ces idées reçues surtout sur l'image de soi par exemple.

Moi : Et en individuel, est-ce que vous aviez des stratégies pour relancer cette participation occupationnelle ou essayer de la maintenir?

E3 : Nous, on avait un studio d'évaluation aussi, donc on faisait des essais aussi par rapport à certaines choses, leur montrer qu'ils sont encore capables de le faire. Ok, ça demande une adaptation, on doit faire des pauses ou autre. On faisait beaucoup de mises en situation écologique aussi en individuel.

Moi : Ok, et du coup, le choix de vos mises en situation, c'est vraiment en fonction du coup des activités qui étaient porteurs de soins par la personne, et du coup, vous m'aviez dit que ces mises en situation vous les faisiez pour essayer de montrer à la personne que elle est capable de pouvoir la faire. Est-ce que il y avait d'autres objectifs lorsque vous faisiez ces mises en situation écologique? ?

E3 : Ben nous, ça nous permet d'identifier vraiment les capacités résiduelles et les éventuels freins. Une fois qu'on a évalué certains freins, on peut déjà penser à plutôt la sphère du coup compensation aussi. Par exemple, typiquement, si la personne ne peut plus aller faire ses courses, ben on fait intervenir le portage des repas ou un tiers pour faire les courses, ou en fonction vraiment du coup des choix aussi du patient. Parce que des fois ils sont fermés aussi est-ce que d'autres personnes interviennent? Parce qu'il faut quand même savoir que la BPCO c'est post tabagique, donc il y a quand même une certaine culpabilité parfois aussi, donc il y a une prise de conscience qui dit si j'en suis là, finalement, c'est quand même un peu de ma faute quoi. Donc aller demander de l'aide, c'est compliqué aussi du coup.

Moi : Et face à justement ce sentiment un peu de culpabilité, est-ce que vous mettiez des choses en places pour essayer de travailler ça?

E3 : Pour la culpabilité, à part recontextualiser dans l'instant T, il y a pas... il y a pas grand chose à faire. On avait une psychologue qui intervenait aussi du coup un peu.

Mais, je sais pas vraiment dire qu'elle était ces ateliers, elle voyait plus les patients en individuel. Du coup, ça par contre, c'est quelque chose qui est proposé en systématique. Le suivi psy avec les patients BPCO.

Moi : Ok, très bien. Pour revenir aux mises en situation, quelles étaient les mises en situation que vous faisiez le plus? ?

E3 : Celles qu'on faisait le plus, c'est à dire la station debout prolongée, c'était faire le lit, c'était passer l'aspirateur, c'était faire la cuisine, prendre.... Enfin, c'était beaucoup sous forme de mimétisme du coup quand même. Ça pouvait être se pencher en avant, tout ce qui va être en fait faire actionner les membres sup et tout ce qui va faire actionner l'aimant de sup et tout ce qui va aussi induire une compression thoracique, faire ces lacets.

Moi : Ok, ça se faisait dans... vous disiez du coup dans votre studio d'évaluation.

E3 : C'est un studio d'évaluation, parfois ça se faisait... on faisait en groupe, en groupe aussi, économie d'énergie, un peu sous forme de time's up. Voilà, on piochait l'activité machin. Comment on... comment on fait et qu'est-ce qu'on peut apporter? C'était souvent de la réflexivité aussi, du coup, pour que ça vienne vraiment d'eux et moi j'arrivais pas avec toutes mes solutions sur un plateau. Bah voilà, si il se passe ça, on pourrait faire ça parce que du coup c'est pas comme ça que ça marche au niveau de l'intégration.

Moi : Et est-ce que vous pouvez un peu plus m'expliquer cette histoire de time's up ? J'ai un peu de mal un peu à visualiser.

E3 : Alors, sur des post-it par exemple, je mettais des activités de vie quotidienne, chacun piochait du coup une activité et devait la faire comprendre au reste du groupe. Et après, on discute d'activité, par exemple le jardin, jardiner. Ok, bah qu'est-ce qui peut être difficile du coup dans la réalisation du jardin?dBah Désherber, ok, désherber c'est compliqué. Pourquoi c'est compliqué désherber ? Bas parce qu'il faut se pencher en avant ou alors il faut se mettre par terre, mais une fois qu'on est par terre, il faut pouvoir se relever, ça demande beaucoup d'efforts. Donc voilà, ça c'est difficile, ok, d'accord. Et qu'est-ce qu'on peut faire du coup ? Eh bien, on pourrait peut-être se mettre plus à hauteur, du coup, comme ça, on va pas se pencher en avant et on voit tout ce qui va être adaptation du coup de l'activité dans la foulée.

Moi : Et tout ça, tout en émulation du coup du groupe.

E3 : Ouais, je trouve personnellement que le groupe, ça joue beaucoup en fait sur l'acceptation du coup de la maladie, de ses difficultés et du coup, ça permet de réfléchir ensemble. Le fait de voir qu'ils ne sont pas tout seuls dans cette situation aussi, ça permet aussi d'accepter plus facilement certaines propositions.

Moi : Et c'est sûr que c'est peut-être plus facile à entendre d'une personne qui vit un peu cette situation que d'une personne, entre guillemets, qui porte la blouse blanche. Ok. Est-ce que vous trouvez que ce cadre de réaction respiratoire, c'est un cadre qui est propice, ou pas,

peut-être pas, à favoriser cette participation occupationnelle chez les personnes atteintes de la BPCO?

E3 : Bah moi, je trouve que c'est plutôt bien, comme c'est ambulatoire parce que, encore une fois, il y avait certaines personnes qui étaient encore en activité professionnelle et souvent ça peut être un frein. Typiquement, si quelqu'un travaille et qu'on lui propose d'arrêter, enfin de venir en hospi complète, bah je peux pas parce que je travaille en fait. Et tant que il y a pas cette prise de conscience et cette nécessité de trouver des solutions pour aller mieux, on va, on va un peu se voiler la face en fait. L'hôpital de jour, l'avantage, c'est qu'on peut passer du coup en mettant thérapeutique, par exemple, ce qui permet du coup d'avoir, de continuer d'avoir son activité professionnelle pour ceux qui sont concernés. Parce que j'avais plutôt un public quand même un peu plus âgé, mais j'avais encore quand même des patients qui étaient en activité professionnelle. Et du coup, de pouvoir bénéficier de cette réadaptation en parallèle. Pour moi, je pense que oui, c'est une bonne, une bonne alternative à avoir des hôpitaux de jour qui font de la réadaptation respiratoire, parce que ça permet du coup de proposer une offre de soins un peu qui touche un peu plus de public en fait. C'est, bien du coup pour des personnes qui sont encore actives, des personnes qui sont retraitées.

Moi : Ok. Et dans ce cadre, et pour votre intervention en tant qu'ergo, à la fin de vos accompagnements, est-ce que vous observez ou pas une évolution de cette participation occupationnelle?

E3 : Souvent oui, parce que du coup on refait, si je me rebase sur des bilans normés, que je vais passer du coup en bilan initial et du coup en bilan final. Donc, le CQR par exemple. Le CQR, c'est quand même un bilan qui est du coup coté et du coup le score permet d'objectiver s'il y a une amélioration, en tout cas dans la pratique et dans le ressenti, donc dans la participation occupationnelle. Parce que faut savoir que le CQR, on pose des questions de base sur des activités, que le patient pratique toujours. Si, par exemple, je sais pas moi, aller sortir le chien et il ne le fait plus, on va pas marquer non ne fait pas, ou oui c'est dyspnéique parce que bah il fait pas en fait, donc non bien réalisable, il ne le fait plus. Je sais pas si ça répond vraiment bien à la question, mais oui, souvent alors souvent le retour il était objectivable par le score du CQR, mais aussi par des retours par, les verbatims des patients, en fait, et par les par le retour qualitatif sur leur ressenti, en fait, simplement aussi.

Moi : Et qu'est-ce qui se disait par rapport à justement ces verbatims et ce ressenti?

E3 : Alors, de mémoire, je me rappelle plus exactement les verbatims, mais souvent. Comme si je reprends l'exemple de cette dame qui tenait à les retravailler à en marchant plutôt qu'en utilisant les transports en commun, ben chaque petit mètre supplémentaire, c'était une petite victoire en fait. Et on les voit vraiment avec le sourire. en fait. Et même le non verbal, on le voit en fait quand on est à cette proximité avec eux, de les voir aussi régulièrement. Et dans ce cadre, ça se ressent en fait aussi dans la dynamique et l'échange qu'on peut avoir avec eux.

Moi : Et du coup, selon vous, quel a été l'aspect de l'intervention d'ergo qui a justement eu le plus d'impact sur cette participation occupationnelle?

E3 : Quel aspect ? Le fait de, je pense, déjà la fréquence. La fréquence d'intervention en ergothérapie. La fréquence d'intervention de 2 jours par semaine, c'est quand même on a une quand même encore une fois cette proximité du coup pendant 3 mois, en fait, la fréquence et la durée, sachant que c'est un stage qui est possible de faire du coup 2 fois par an. Aussitôt, ils avaient terminé, ils calculaient déjà. Du coup, là, je peux refaire un bilan de telle date pour revenir à telle date. Mais c'est carrément ça. Et ça, en fait, même pour toi en tant que professionnel, en fait, avoir des retours comme ça, des patients qui ont le qui ont le smile. C'est valorisant, c'est agréable. En fait, on a envie de continuer avec eux parce que des fois, ils ont plus du tout le moteur. C'est vraiment une maladie compliquée et c'est difficile d'aller chercher des choses qui peut qui peut les motiver.

Moi : Et du coup, lorsque les personnes reviennent une 2e fois en réadaptation respiratoire, souvent c'est pour quel motif ou pour quel objectif?

E3 : Alors c'est toujours de la réhabilitation respiratoire. L'objectif, c'est d'entretenir les acquis en ce moment. Ben c'est pas une maladie dont on guérit déjà, donc c'est pour éviter tout ce qui va être, c'est pour éviter l'évolution, en tout cas réduire la l'évolution de la maladie et puis accompagner aussi la personne dans ce cheminement parce que du coup c'est une maladie évolutive. Donc aujourd'hui, elle est au stade 1 dans 2 ans, elle peut encore évoluer en fait. Alors, c'est vrai qu'on avait des patients aussi qui étaient encore fumeurs. Une des conditions, l'une des non condition de prise en charge. On avait aussi une addictologue qui travaillait 4 jours et je parle au passé parce que j'y suis plus, donc je sais plus quel intervenant

est là ou pas. Il y avait comme un contrat moral un peu avec les patients. C'est que voilà, on arrête la cigarette en fait, parce que nous, on va travailler justement pour recouvrir les capacités respiratoires, c'est pas pour derrière empêcher ces possibilités en fait.

Moi : Ok. Mais du coup, ça veut dire que ce contrat moral, une fois que cette réadaptation respiratoire, enfin que ce stage de réadaptation respiratoire est fini, il est...

E3 : Il est caduc. Ouais, évidemment, ils peuvent si je sais pas moi, si 10 jours après, ils re-fument. Enfin, c'est pour ça que je dis c'est un contrat moral, c'est pas obliger les gens à fumer ou autre si eux ils sont pas prêts à le faire. C'est pour ça qu'il y a un accompagnement avec une addicto, la première personne effectivement pour aller chez eux, surveiller qu'ils respectent bien ce contrat moral, c'est sûr. C'est une question un peu de confiance aussi.

Moi : Évidemment.

E3 : Après ça se sent, évidemment, les BPCO qui sont souvent de gros fumeurs, ça se sent.

Moi : Je crois qu'on arrive à la fin de l'entretien. Est-ce que vous avez peut-être d'autres éléments à ajouter ou que vous souhaitez aborder et que ça n'a pas été fait?

E3 : Dans les supports que j'utilise, j'utilise aussi des films, du coup, de patients, notamment quand j'aborde l'oxygénothérapie, par rapport à l'image de soi, j'utilise des films aussi. J'ai des films avec des patients qui portent l'oxygène. Voilà, le discours du coup de pairs, encore une fois, c'est bah ça aide aussi en fait. Enfin, ça aide, ça permet d'avoir un autre, un autre canal aussi de solliciter pour amener la réflexion.

Moi : OK, comment vous amenez justement à visionner ces films?

E3 : Alors, je le propose pas en systématique, mais c'était des choses en cours d'une discussion. Si ça venait à arriver, ben voilà, je leur dis que voilà, moi dans ma valise, j'ai ça. Est-ce que eux souhaiteraient du coup que qu'on en discute, qu'on partage sur le sujet, et cetera. En fait, ça en fait, à chaque fois, ça part vraiment de leur expression, leurs attentes.

Moi : Et qu'est-ce que vous, une fois que du coup ils ont terminé de regarder ce film et qu'il y a eu cet échange, qu'est-ce qui en ressortait pour les patients et pour vous?

E3 : On faisait un peu en esprit critique. Bah tiens, par exemple, j'ai un film, il fait de la moto, le gars, en fait, il y en a un autre, elle fait de la piscine. Enfin, pour montrer qu'en fait, que c'est pas que l'oxygène ne doit pas être perçu comme un frein. Du coup, à l'autonomie par exemple, mais au contraire, que ça permet du coup de maintenir une certaine autonomie dans certaines activités aussi qu'on croyait entre guillemets perdues. C'est un peu, l'idée c'est un peu de changer le regard. Ils arrivent avec un certain... avec certaines idées qui sont pas toujours justes. Et du coup, l'idée c'est on va essayer de changer ce regard en fait pour leur montrer par différents biais, différents.. différentes interventions qu'il y a aussi d'autres choses qui sont possibles.

Moi : Est-ce que, du coup, à part les films, vous utilisez aussi d'autres supports ? Je rebondis en même temps sur cette histoire des supports.

E3 : Je fais des mises en situation. Il y a les films...

Moi : J'ai pas entendu le dernier point.

E3 : Les analyses d'activité, en fonction de eux, les problématiques qu'on expose et on réfléchit ensemble. Après je ne vois plus trop trop, là tout de suite. Les mises en situation écologique, il y en a beaucoup quand même.

Moi : Quand vous dites écologique, c'est-à-dire vraiment dans l'environnement qui essaie de reproduire au plus proche?

E3 : On essaie de reproduire un environnement similaire à ce qui nous évoque. On a une salle de bain, on a une baignoire par exemple. Voilà, on a une cuisine aménagée. J'ai des sièges pour faire du jardin. Ici, on a un parc autour de l'hôpital, donc on a les marches à l'extérieur avec différentes surfaces de sentiers. Donc vraiment, on essaie de reproduire au mieux. Ce que je ne faisais pas visite à domicile. Je n'allais pas au domicile des patients. C'était pas du one-to-one, quoi.

Moi : Ouais, ok. Mais du coup, comment vous pouviez un peu objectiver justement ce transfert des acquis entre du coup l'hôpital du jour et le domicile ou la fin du séjour?

E3 : C'est par ce que eux me rapportaient, en fait. Donc on s'est fixé un petit peu des objectifs et encore une fois, on avait vraiment de l'échange chaque semaine. Du coup, en fonction de ce qu'ils me disaient. Tiens j'ai essayé ça, ça marche, OK, ça j'ai essayé, mais finalement j'arrive pas. Même si j'y suis plus depuis plus de 3 ans, maintenant 3 ans, je crois que j'y suis plus. J'ai encore des patients... je suis dans un autre service maintenant, je croise des anciens patients à moi qui se rappellent de moi et qui, quand je les croise dans le couloir, qui me dit "en fait, maintenant, je fais ça !" Ça fait plaisir en fait de voir qu'ils n'ont pas oublié. Mais voilà. Je pense que la relation thérapeutique, elle est vraiment importante aussi avec cette population, plus encore qu'avec d'autres profils.

Moi : Est-ce que vous pouvez, et j'ai l'impression de beaucoup dire cette question, est-ce que du coup vous pouvez essayer un peu de plus expliciter de pourquoi pour vous cette relation thérapeutique est encore plus importante auprès de ces personnes de BCO? ?

E3 : Mais parce qu'ils vont nous exposez beaucoup de beaucoup de choses, de leur intimité, de leur, de leur quotidien, de leurs habitudes de vie. Ce sont des personnes... Enfin, moi je travaille en gériatrie, donc ce sont des personnes qui ont, généralement pas de troubles cognitifs, enfin pas ou très peu de troubles cognitifs. Donc il y a vraiment une proximité d'échange et ils ont compris qu'on était là pour les aider du coup à aller mieux, à gagner en autonomie tout ça. Donc ils vont vraiment, une fois qu'ils l'ont compris, on va être dans j'ai envie de dire dans la confiance, mais on va être vraiment le professionnel privilégié en fait. En tout cas, c'est mon ressenti.

Moi : OK, et du coup c'est aussi un peu. C'est aussi un peu une stratégie pour finalement aussi impliquer la personne à réaliser plus ses occupations. Le fait qu'il y ait une bonne relation thérapeutique entre vous et le patient?

E3 : Oui, aussi.

Moi : Ok. Est-ce que vous aviez peut-être d'autres éléments à rajouter?

E3 : Là, pas forcément. J'ai répondu aux questions et après je ne connais pas la question de recherche, je ne connais pas l'hypothèse, donc je ne peux pas induire une réponse.

Moi : Oui effectivement. Merci beaucoup de m'avoir accordé ce temps d'échange.

E3 : Bah derien. Bonne continuation pour ton mémoire.

Moi : Merci beaucoup, bonne continuation à vous également.

E3 : Merci, au revoir, bonne après-midi.

Moi : Au revoir, bonne après-midi.

RÉSUMÉ

Accompagnement de la participation occupationnelle et de la qualité de vie en ergothérapie chez les personnes atteintes de la BPCO

Introduction. La Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire qui est marquée par la dyspnée. Elle peut amener les patients vers un déconditionnement physique et une restriction de participation occupationnelle, altérant leur qualité de vie. En réadaptation respiratoire, l'ergothérapeute intervient pour entre autre rompre ce cercle vicieux. **But.** Ce mémoire cherche à comprendre comment l'ergothérapeute favorise la participation occupationnelle et la qualité de vie de ces adultes en réadaptation respiratoire. L'hypothèse est qu'il s'appuie sur l'accompagnement de la volition à travers des mises en situation. **Méthode.** Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 3 ergothérapeutes exerçant en pneumologie. Les **résultats** confirment que les mises en situation agissent comme un levier de la participation occupationnelle : en expérimentant la réussite, le patient restaurer sa confiance et sa volition. **Conclusion.** L'hypothèse est validée, tout en soulignant l'importance cruciale des autres composantes de la participation occupationnelle. L'étude ouvre des perspectives sur les co-occupations et l'intégration des proches-aidants dans le parcours de soin.

Mots-clefs : ergothérapie, BPCO, réadaptation respiratoire, participation occupationnelle et qualité de vie.

ABSTRACT

Supporting occupational participation and quality of life through occupational therapy for people with COPD

Introduction. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a respiratory condition characterized by shortness of breath. It can lead to physical deconditioning and limited occupational participation, thereby impairing patients' quality of life. In pulmonary rehabilitation, occupational therapists intervene, among other things, to break this vicious cycle. **Aim.** This thesis seeks to understand how occupational therapists promote occupational participation and quality of life among adults in pulmonary rehabilitation. The hypothesis is that they rely on supporting volition through simulated scenarios. **Method.** Semi-structured interviews were conducted with three occupational therapists practicing in pulmonology. The **results** confirm that role-playing scenarios act as a catalyst for occupational participation: by experiencing success, the patient restores their confidence and volition. **Conclusion.** The hypothesis is validated, while highlighting the crucial importance of other components of occupational participation. The study opens up perspectives on co-occupations and the integration of family caregivers into the care pathway.

Key words : Occupational Therapy, COPD, Pulmonary Rehabilitation, Occupational Participation, Quality of Life.