



**HAL**  
open science

## Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne.

Emmanuelle Martin, Marc Nagels

► **To cite this version:**

Emmanuelle Martin, Marc Nagels. Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. : Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. Recherche en soins infirmiers, 2022, N° 150 (3), pp.23-41. 10.3917/rsi.150.0023 . hal-03935890

**HAL Id: hal-03935890**

**<https://hal.science/hal-03935890>**

Submitted on 12 Jan 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

## **Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique**

### ***Self-efficacy in physical activity. Chronic pathology and caregiving posture in therapeutic education***

**Emmanuelle MARTIN**, infirmière en pratique avancée, Centre hospitalier Côte de Lumière, Les Sables-d'Olonne, France

**Marc NAGELS**, Docteur en sciences de l'éducation, consultant-formateur, chercheur associé au CREAD de Rennes 2, Rennes, France

#### **Résumé**

**Introduction :** la prévalence des pathologies chroniques est un problème majeur de santé publique. L'éducation thérapeutique, l'auto-efficacité, la posture soignante et l'approche des soins fondée sur les forces constituent le cadre de référence théorique de ce travail.

**Contexte :** l'activité physique est bénéfique à la santé des personnes vivant avec des pathologies chroniques, mais sa mise en œuvre et son maintien dans le temps est difficile.

**Objectif :** explorer l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'éducation thérapeutique, ainsi que la notion de posture soignante en éducation thérapeutique.

**Méthode :** un devis mixte de recherche descriptive et exploratoire a été utilisé. Des questionnaires et des entretiens ont été réalisés auprès de soignants et de personnes ayant bénéficié d'éducation thérapeutique.

**Résultats :** le niveau de posture des soignants est haut et homogène. Le niveau d'auto-efficacité des personnes ayant bénéficié d'éducation thérapeutique est hétérogène avec une plus grande disparité des scores.

**Conclusion :** la posture soignante d'éducation thérapeutique ne peut compenser tous les facteurs personnels et environnementaux influant sur la pratique d'une activité physique. Un accompagnement régulier de l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique est nécessaire pour sa mise en œuvre et son maintien dans le temps.

#### **Mots-clés**

Auto-efficacité, activité physique, pathologie chronique, posture soignante, éducation thérapeutique.

#### **Abstract**

*Introduction: The prevalence of chronic diseases is a major public health problem. Therapeutic education, self-efficacy, the caregiving posture, and the strength-based approach to care constitute the theoretical framework of this work.*

*Context: Physical activity is beneficial to the health of people living with chronic conditions, but its implementation and maintenance over time is difficult.*

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

*Objective: To explore the self-efficacy of physical activity in people who have received therapeutic education and the notion of the caregiving posture in therapeutic education.*

*Method: A mixed descriptive and exploratory research design was used. Questionnaires and interviews were carried out with carers and people who had received therapeutic education.*

*Results: The level of posture of the carers was high and homogeneous. The level of self-efficacy of people who had received therapeutic education was heterogeneous, with a greater disparity in scores.*

*Conclusion: The therapeutic education posture cannot compensate for all the personal and environmental factors influencing the practice of physical activity. Regular support for self-efficacy in physical activity is necessary for its implementation and maintenance over time.*

### **Keywords**

*Self-efficacy, physical activity, chronic pathology, caregiving posture, therapeutic education.*

## **Introduction**

La problématique de cette recherche, située dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), combine les apports conceptuels de la théorie sociocognitive de l'agentivité humaine et ceux de la psychologie clinique et des sciences de l'éducation concernant les postures enseignantes. Ces apports contribuent au développement des sciences infirmières pour éclairer les comportements des patients relatifs aux activités physiques et sportives.

### **Pathologies chroniques et activité physique**

La prévalence des pathologies chroniques est un problème mondial majeur de ces dernières décennies (1). Dans ce contexte sanitaire, la prise en charge des pathologies chroniques est devenue un domaine d'action prioritaire de la stratégie nationale de santé (2). Les données épidémiologiques expliquent cette préoccupation majeure : en France, 3,3 millions de personnes sont traitées pharmacologiquement pour un diabète, soit 5 % de la population, et 34 599 décès sont liés au diabète en 2009. Les maladies cardiovasculaires et l'accident vasculaire cérébral sont la première cause de mortalité chez la femme, la deuxième cause de mortalité chez l'homme, et sont responsables d'un million d'hospitalisations sur l'année 2016 (3,4). En 2009, en réponse à ce contexte sanitaire, la loi hôpital patient santé territoire (HPST) inscrit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le parcours de soins du patient. Différents travaux de recherche démontrent les bénéfices d'une activité physique sur la santé des personnes atteintes de pathologies chroniques (5,6). En effet, l'activité physique améliore des données cliniques telles que la mortalité cardiovasculaire, le profil lipidique et tensionnel, la diminution des réhospitalisations chez les personnes souffrant de diabète (5). Ce constat est également vérifié pour d'autres pathologies chroniques : diminution des réhospitalisations des personnes insuffisantes cardiaques, augmentation de la distance de marche pour les patients souffrant d'artérite oblitérante des membres inférieurs, ou encore amélioration de la tolérance à l'effort général et récupération plus rapide après une exacerbation pour des personnes souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive (6). Cependant, ce comportement favorable à la santé des personnes atteintes de pathologies chroniques est difficile à mettre en œuvre et à maintenir dans le temps (7). La pratique de l'activité physique n'est pas seulement un outil de prévention vis-à-vis de ces pathologies, elle fait partie des recommandations pour la prise en charge optimale de ces patients, comme pour les personnes atteintes d'un diabète : « La pratique d'une activité physique régulière est recommandée pour le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire (glycémie, dyslipidémie, HTA, surpoids et obésité) et la prévention des complications

du diabète » (8). L'activité physique ne se réduit pas uniquement à l'activité sportive, mais comprend également les activités de la vie quotidienne (activités dites non structurées), qui permettent de limiter la sédentarité (5). La motivation nécessaire à la mise en œuvre de ce comportement en santé est parfois en baisse chez les personnes atteintes d'une pathologie chronique (7,9). La connaissance de ces difficultés est utile à leur accompagnement par les soignants, notamment ceux pratiquant l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui ont un rôle à jouer dans l'encouragement de la motivation à la pratique d'une activité physique des personnes atteintes d'une pathologie chronique. Des travaux montrent que dédier spécifiquement des séances d'ETP à l'activité physique dans un protocole de réadaptation cardiaque améliore le maintien de la pratique d'activité physique des personnes à 6 mois (10).

Les soignants travaillant auprès des personnes atteintes de pathologies chroniques, et plus particulièrement les soignants pratiquant l'ETP, ont donc un rôle à jouer pour accompagner leur auto-efficacité (11), c'est-à-dire les croyances que les patients entretiennent quant à leur pratique d'une activité physique. Cet accompagnement nécessite de la part des soignants une attitude, une posture professionnelle favorisant l'engagement de la personne au comportement favorable à la santé (12). Certains travaux mettent en exergue qu'il existe différentes postures professionnelles en ETP (13). Ces postures professionnelles méritent donc d'être éclairées, et l'influence qu'elles peuvent exercer sur le renforcement de l'auto-efficacité des patients gagnerait à être élucidée. Il s'agit là d'un objet de recherche dont les protocoles d'exploration sont encore largement à construire. La présente étude poursuit l'ambition de poser les termes conceptuels et praxéologiques de ce champ de recherche en santé publique, en psychologie cognitive et en sciences infirmières.

La notion de posture, quand elle n'appartient pas au lexique de sens commun professionnel, bénéficie d'une définition précise. Lameul (14), inspirée des travaux de Pratt (15), propose de définir la posture par l'alignement entre les croyances, les intentions et les actions. Cette définition prend en compte les facteurs intrinsèques et extrinsèques de la personne dans la caractérisation de sa posture professionnelle.

Cette étude est localisée dans le champ professionnel des pratiques de l'ETP. Elle peut dès lors contribuer au développement des sciences infirmières. De fait, les sciences infirmières empruntent à d'autres disciplines des avancées conceptuelles amenant à revisiter l'opposition entre hétérotélisme et autotélisme, à l'intérieur de laquelle peuvent se situer des patients inclus dans des dispositifs d'ETP. Au sein de cet ensemble en construction et en pleine cohérence théorique avec les apports de Pratt et de Bandura, l'approche des soins fondés sur les forces (ASFF) de Gottlieb (16) est un système notionnel qui relie les dimensions de notre réflexion en se focalisant sur les forces plutôt que les déficits. En conséquence, la prise en soins inspirée par cette approche vise à développer l'auto-efficacité de la personne. L'ASFF est compatible avec les valeurs fondamentales de l'ETP et avec ses modes d'action typiques. Cette approche peut donc servir de guide à la posture soignante.

### **Place de l'auto-efficacité dans la mise en œuvre d'un comportement en santé**

D'après la théorie sociocognitive (11), l'auto-efficacité influence directement la motivation de l'individu, ce qui lui permet de se mettre en action : « Les croyances d'efficacité jouent un rôle central dans la régulation cognitive de la motivation. » En effet, Bandura définit l'auto-efficacité comme « [...] la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités. [...] Si une personne estime ne pas pouvoir produire de résultats, elle n'essaiera pas de les provoquer » (11). La personne doit donc d'abord croire qu'elle est capable de réaliser une activité physique pour ne serait-ce qu'essayer. Le concept d'auto-efficacité est repris par le modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente (17) qui propose d'expliquer les étapes de

changement de comportement, et est jugé pertinent comme guide aux soignants d'ETP : « Le sentiment d'efficacité personnelle est un fort prédicteur de l'engagement ou de l'arrêt d'un comportement, et est inclus dans le TTM [*transtheoretical model*] » (18). Le niveau d'auto-efficacité est aussi considéré comme l'un des meilleurs prédicteurs de l'adhésion à la pratique d'une activité physique régulière (19). La puissance de la variable de l'auto-efficacité réside dans le fait qu'elle est non seulement prédictive du comportement, mais qu'elle agit également sur chacun des processus du changement personnel définis par la théorie sociocognitive : « [...] la décision de changer des habitudes de vie, la motivation et la persévérance nécessaires à la réussite pour ceux qui choisissent de le faire, la restauration du contrôle après avoir fait un faux pas, et le maintien du changement obtenu » (11). L'auto-efficacité prédit le comportement et le renforce, ce qui explique notre intérêt pour cette variable, utilisée dans ce travail. En accord avec Bandura, Gottlieb (16) souligne l'importance du rôle de l'infirmière dans sa participation au développement de l'auto-efficacité à agir en faveur des comportements en santé de la personne soignée : « [...] il est important que l'infirmière aide les patients à développer leur propre sentiment d'efficacité personnelle afin qu'ils se donnent le pouvoir d'agir, qu'ils apprennent à défendre leurs droits, qu'ils assument plus de responsabilités relativement à leur santé et aux décisions prises en matière de soins, et qu'ils s'aident eux-mêmes à se rétablir et à guérir ».

Les aptitudes sont également un critère de fonctionnement efficace, à condition que l'auto-efficacité y soit combinée pour les utiliser (11). Les soignants exerçant auprès des personnes atteintes de pathologies chroniques peuvent donc les accompagner dans la motivation à ce comportement bénéfique, en identifiant avec elles leurs aptitudes physiques propres, en tenant compte de l'unicité de la personne, valeur fondamentale de l'ASFF (16), ainsi qu'en développant leur auto-efficacité à la pratique d'une activité physique. Bandura définit également l'auto-efficacité collective comme « [...] une croyance partagée par un groupe en ses capacités conjointes d'organiser et d'exécuter les actions nécessaires pour produire un niveau donné de réalisations » (11). Les soignants peuvent donc favoriser l'auto-efficacité collective d'un groupe de patients lors d'ateliers collectifs d'ETP ou encore en proposant l'impulsion de groupes de marche, par exemple. Selon les travaux de l'auteur, l'auto-efficacité se construit d'après quatre sources d'information (11) : l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale, et enfin les états physiologiques et émotionnels. Notons que des recherches portant sur des dispositifs d'ETP activant ces quatre sources par l'intervention d'infirmières ont montré le développement de l'auto-efficacité de patients dans la prise en charge de leur diabète (20,21). Ces quatre sources d'information d'auto-efficacité sont donc utiles à activer par le soignant accompagnant la personne atteinte d'une pathologie chronique, notamment dans la mise en œuvre d'une activité physique régulière. Elles permettent d'identifier les actions soignantes qui favorisent l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique. Les actions font, d'après Lameul (14), partie intégrante de la posture. Identifier les actions participant à l'auto-efficacité de la personne permettrait donc de caractériser partiellement la posture professionnelle. Pour exemple, la proposition d'objectifs réalistes dans un partenariat de collaboration entre le soignant et la personne, tenant compte de son unicité (facteurs personnels internes et environnement) comme le propose l'ASFF(16), permettra d'initier ou de renforcer son expérience active de maîtrise. Faire imaginer, rencontrer ou observer des individus aux caractéristiques similaires, comme dans les ateliers collectifs d'ETP, permettra d'activer l'expérience vicariante. La mise en relief des progrès, plutôt que des insuffisances, comme le propose l'ASFF (16), ou encore l'établissement d'une relation de confiance la rendant crédible aux yeux de la personne permettra de donner de la puissance à la persuasion verbale du soignant. Enfin, tout en respectant les règles de sécurité inhérentes à chaque pathologie, le soignant pourra anticiper en prévenant les personnes atteintes de pathologies chroniques du risque d'interpréter les manifestations physiques liées à l'effort (transpiration, courbatures, fatigue) comme des indicateurs d'incapacité physique, alors que ces manifestations peuvent être liées à la sédentarité présente jusqu'alors, afin de limiter la baisse de l'auto-efficacité liée aux états physiologiques et émotionnels. Cette anticipation tient compte de la réalité objective, subjective et des significations créées de la personne, valeurs sous-tendant l'ASFF (16). Les valeurs et orientations de l'ASFF pourraient guider la posture soignante (caractérisée par les croyances, intentions et actions) favorisant

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

ainsi l'auto-efficacité de la personne à la pratique d'une activité physique. Enfin, il est important de relever que l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique est efficace pour garantir un processus de changement en étant accompagnée des connaissances liées à ce comportement favorable à la santé : « Ce qu'il faut aux individus, ce sont des connaissances sur la manière de réguler leur comportement ainsi qu'une solide croyance en leur efficacité personnelle à traduire leurs préoccupations en actions préventives efficaces » (11).

## **ETP et postures soignantes**

Cet apport de connaissances et de compétences nécessaires à la personne atteinte d'une pathologie chronique est l'un des objectifs de l'ETP selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Europe de 1996, puisqu'elle : « [...] vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. [...] Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie » (22).

Depuis peu, les programmes d'ETP ne sont plus soumis à un régime d'autorisation mais à un régime de déclaration auprès des agences régionales de santé (ARS) (23). Les différentes offres proposées (24) sont autant d'occasions de faire un point avec la personne et notamment de favoriser son auto-efficacité à la pratique d'une activité physique. L'ETP ne se limite pas aux programmes autorisés par les ARS, elle peut également être pratiquée lors de différentes rencontres avec le patient dans une continuité des soins par des actions éducatives hors programmes (AEHP) (25). L'autonomie de la personne et le partenariat font partie des principes fondamentaux de l'ETP puisqu'elle « [...] s'inscrit dans une perspective où la dépendance du malade fait progressivement place à sa responsabilisation et au partenariat avec l'équipe de soins » (26). L'ETP tient également compte de l'unicité de la personne pour permettre la relation de confiance indispensable au partenariat de collaboration : « Chaque patient est unique et requiert une approche ouverte, une attention à sa subjectivité » (12). Notons que différentes orientations prônées par l'ASFF, telles que les soins centrés sur la personne, les autosoins, l'autonomie ou encore le partenariat de collaboration (16) sont en accord avec les principes de l'ETP. Cependant, les outils et techniques utilisés dans les actions éducatives ne suffisent pas à eux seuls à aider la personne atteinte d'une pathologie chronique à changer de mode de vie. Les soignants doivent non seulement maîtriser les méthodes inhérentes à l'ETP mais aussi adapter leur attitude, autrement dit leur posture professionnelle, à la relation éducative : « Se confronter à la chronicité revient pour les soignants à envisager une nouvelle attitude en vivant les difficultés de l'accompagnement que les outils et les techniques ne suffisent pas à résoudre, et trouver cet autre positionnement entre le sentiment d'impuissance et le risque d'emprise » (12). Ce constat de la nécessité d'une posture professionnelle amène à définir cette notion.

Mentalité, état d'esprit, attitude, profil, comportement sont autant de termes synonymes du langage courant qui tendent à rendre nébuleux le concept de posture. Or la littérature scientifique propose différentes définitions de la posture, tantôt soignante, tantôt d'accompagnement ou encore éducative, ce qui confirme que ce concept polysémique est difficile à définir (13,27-29). Cependant, notre intérêt pour la définition proposée par Lameul réside dans le fait qu'elle tient compte des facteurs intrinsèques et extrinsèques de la posture professionnelle. L'auteure propose de voir la posture comme « [...] la manifestation d'un état mental, façonné par nos croyances et orienté par nos intentions qui exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification » (14). Gottlieb décrit les qualités essentielles du soignant nécessaires à l'ASFF (16), guidant les actions mises en œuvre auprès des personnes soignées, ce qui pourrait servir de base dans la construction de leur posture. D'après Lameul, la prise en compte des trois dimensions de croyances, d'intentions et d'actions permet de dégager différentes perspectives qui caractérisent

les actions (14). Ces travaux ont essentiellement été réalisés dans le milieu des sciences de l'éducation, mais la définition généraliste de posture proposée est transposable pour le milieu soignant puisqu'elle est caractérisée par les croyances, les intentions et les actions, caractéristiques également propres aux soignants dans leur pratique professionnelle. De plus, la notion de pédagogie retrouvée dans ces travaux concerne aussi le champ de l'ETP : « Ces méthodes ne prennent du sens que dans une attitude pédagogique cohérente qui caractérise la relation pédagogique qu'établit le soignant avec le patient » (26). Il conviendrait cependant d'adapter cette variable au milieu du soin afin de caractériser une perspective de posture spécifique aux soignants. Cette définition nous semble pertinente du fait de sa prise en compte de l'unicité de la personne. En effet, si la personne atteinte d'une pathologie chronique est unique, le soignant qui l'accompagne l'est aussi, et sa posture professionnelle n'est pas uniquement caractérisée par ses connaissances, l'instance dans laquelle il travaille, les objectifs fixés ou les outils qu'il utilise, mais également par ce qu'il est, de par ses croyances, son vécu ou encore ses valeurs : « Empreinte de toute la dimension interne et intime du sujet, la posture assure ce dialogue entre intériorité et extériorité, et s'exprime dans et par le geste professionnel » (30). C'est pourquoi nous retenons cette définition comme guide à ce travail afin d'explorer la variable de la posture soignante d'ETP et de la mettre en relation avec celle de l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes atteintes de pathologies chroniques.

### **L'ASFF comme guide de la posture soignante en ETP**

Gottlieb propose une approche des soins fondés sur les forces de la personne et non pas majoritairement sur les déficits, comme le modèle biomédical dominant jusqu'alors dans les systèmes de soins (16). Les huit valeurs sous-tendant l'ASFF sont : la santé et la guérison ; l'unicité de la personne ; le holisme et l'indivisibilité ; la réalité objective et subjective ; l'autodétermination ; la personne et l'environnement ne font qu'un ; l'apprentissage, la disposition pour apprendre et moment opportun ; le partenariat de collaboration (16). Comme cela a été exposé auparavant, cette orientation visant à guider les soins infirmiers prône des principes faisant écho aux différents concepts et construits développés dans notre cadre de référence. Tout d'abord, elle répond aux principes fondamentaux de l'ETP. En effet, les soins centrés sur la personne, le mouvement d'autonomisation, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et autosoins, ou encore le partenariat de collaboration (16) sont des éléments de l'orientation de l'ASFF qui concordent avec les principes de l'ETP. Elle répond également dans ses valeurs à la volonté de l'ETP de s'adapter à l'unicité de la personne : « Dans la pratique, une seule approche "valable pour tous" n'est "valable pour personne", car chaque individu est unique » (16). Elle confirme également notre intérêt pour la variable de l'auto-efficacité de Bandura puisqu'elle souligne l'importance du rôle de l'infirmière dans sa participation au développement de l'auto-efficacité à agir en faveur des comportements en santé de la personne soignée (16). Des travaux de recherche ont pu montrer la pertinence de l'intégration de cette approche au sein de dispositifs de formation d'ETP avec un effet positif sur l'auto-efficacité des personnes atteintes de diabète (20). Enfin, elle propose de définir les qualités que l'infirmière possède dans la perspective de l'ASFF : les forces en matière de mentalité, en matière de connaissances et de savoirs, en matière de relations et enfin en matière de défense des intérêts qui viennent mettre en relief le concept de posture soignante. L'ASFF nous semble donc pertinente comme lien aux concepts de ce cadre de référence, comme le montre la figure 1.

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

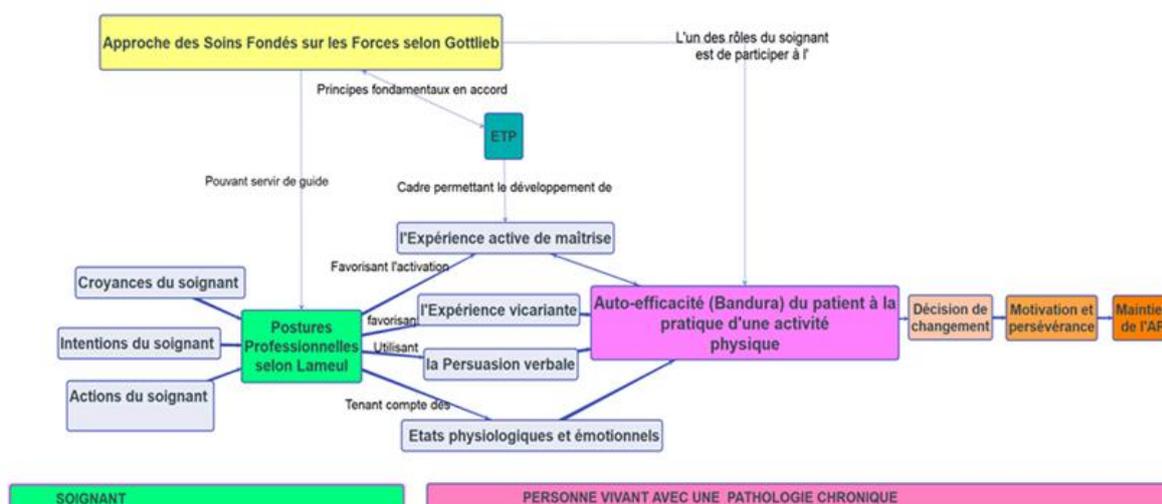


Figure 1. Articulation entre les concepts et construits du cadre de référence.

L'objectif de cette recherche est de répondre à la question : les postures soignantes en ETP favorisent-elles l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes atteintes de pathologies chroniques ou de facteurs de risque cardiovasculaire ? Nous allons ainsi analyser la notion de posture chez les soignants d'ETP ainsi que l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP, afin de mettre en relation ces deux ensembles de données.

Nous avons vu que la pratique régulière d'une activité physique améliore la santé des personnes atteintes de pathologies chroniques ou de facteurs de risque cardiovasculaire, et que ce comportement favorable est difficile à mettre en œuvre et à maintenir dans le temps. Pour accompagner la personne au changement ou au maintien de comportement, il semble nécessaire au soignant de favoriser son auto-efficacité qui influence la motivation humaine, notamment grâce à une posture éducative. En cohérence avec ce cadre de référence théorique, nous allons donc explorer, à des fins de description (et non de corrélation ou de démonstration d'une quelconque causalité, les conditions de collecte des données ne le permettant pas, même dans un dispositif ambitieux comme celui proposé ici, voir *infra*), la notion de posture chez les soignants, à travers ses dimensions de croyances, d'intentions et d'actions, et le niveau d'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP.

## Matériel et méthodes

Dans un paradigme pragmatique proposant d'adopter de « [...] multiples points de vue pour résoudre un problème de recherche » (31), un devis mixte de recherche descriptif et exploratoire a été choisi. Cette étude visait à explorer les tendances de deux variables : les postures soignantes d'ETP et l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP.

La collecte des données quantitatives et qualitatives a été conduite sur les terrains par une infirmière en pratique avancée. Le traitement des données a été effectué avec les logiciels R (version 4.0), R Studio (version 9.1), Iramuteq (version 0.7 alpha2).

Soixante-cinq structures ont été sollicitées pour participer à l'étude. Le critère d'inclusion était de proposer de l'ETP en programme et hors programme, en intra et extra-hospitalier (après accord des coordinateurs et des directions de soins pour les structures qui le nécessitaient), destiné à des personnes atteintes de diabète, d'obésité, de syndrome métabolique, de maladies cardiovasculaires

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

et de facteurs de risque cardiovasculaire, dans six départements de l'Ouest de la France. Les réponses à ces deux questionnaires consistaient en une réponse entre 0 et 10 selon le niveau d'adhésion aux items proposés. Utiliser des variables numériques et non qualitatives ordinales (comme une échelle de Likert) visait à obtenir des variables quantitatives continues et non des variables catégorielles (32). La diffusion de ces questionnaires a été réalisée de janvier à mars 2021.

### **Évaluation de la posture chez les professionnels d'ETP**

Une phase pré-exploratoire qualitative a consisté en une série de dix entretiens semi-directifs auprès de professionnels pratiquant l'ETP dans les structures participant à l'étude. Cinq catégories de métiers ont été interviewées : médecin, diététicien, infirmier, kinésithérapeute et éducateur en activité physique adaptée (APA). Ces entretiens ont permis d'établir par le biais de tableaux d'analyse, classant les verbatim par thème puis par dimension, une échelle visant à caractériser la posture professionnelle selon la définition de Lameul (14). Le mode de construction du score de posture était basé sur trois sous-scores. Le premier sous-score, sur 30 points, représentait les croyances du soignant (le plaisir et le bénéfice à l'activité physique ; l'information donnée par un pair). Le deuxième sous-score, sur 40 points, explorait les intentions du soignant (prise en compte de l'aspect global du patient ; l'identification par le patient lui-même des bénéfices, freins, leviers et ressources à l'activité physique ; la dédramatisation en cas de non-mise en œuvre de l'activité physique ; l'intention que le patient prenne du temps pour la réflexion lorsqu'il n'est pas prêt à mettre en place une activité physique). Enfin, le troisième sous-score, sur 60 points, explorait les actions du soignant (le fait de ne pas parler uniquement de sport mais aussi des activités physiques de la vie quotidienne ; de partir de l'expérience du patient comme point de départ à la réflexion ; de veiller à ce que les objectifs soient fixés par le patient lui-même ; qu'ils soient adaptés à ses contraintes ; la valorisation des efforts ; l'orientation du patient hors programme ETP pour favoriser les interactions avec les pairs). Il est à noter que cette échelle visait à explorer la notion de posture des soignants en termes de tendance. L'utilisation du mot « score » pourrait donner l'illusion que plus le score était élevé, meilleure était la posture. Il ne s'agissait pas là de l'objet de cet outil, qui visait à explorer si des différences significatives existaient entre les soignants. En effet, cet outil n'avait pas de caractère normatif mais était toutefois orienté par les entretiens avec les dix professionnels de l'ETP. Il ne s'agissait donc pas d'évaluer si telle ou telle posture était meilleure, mais d'explorer cette notion dans sa globalité par différentes croyances, intentions et actions. La création de cette échelle de posture représente une des avancées originales de cette recherche au titre des méthodes. Avant diffusion, ce questionnaire a été testé auprès de professionnels d'ETP pour une mesure de sa validité faciale.

### **Évaluation de l'auto-efficacité à la pratique d'activité physique chez les patients**

Le questionnaire d'auto-efficacité perçue pour la pratique d'une activité physique (19), version francophone du questionnaire *Exercise confidence survey* (33), a été adapté pour recueillir des données quantitatives sur l'efficacité perçue à l'activité physique et sportive auprès d'une population vivant avec des pathologies chroniques et potentiellement âgée. L'objectif étant de s'intéresser à l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique et non à la résistance aux contraintes, la seconde partie du questionnaire original n'a pas été utilisée (soit quatre items), ramenant le score total de l'échelle à 80 (au lieu de 120 sur l'échelle initiale).

### **Approche qualitative : ressenti de personnes ayant bénéficié d'ETP et de soignants d'ETP**

La deuxième étape de la méthode a consisté en sept entretiens semi-directifs auprès de personnes ayant bénéficié d'ETP et ayant répondu au questionnaire, dans un délai variant de un mois à cinq ans depuis l'ETP. Nous avons estimé que la diversité des positions individuelles des répondants permettait de valider la composition de l'échantillon. Nous avons renommé les participants afin de respecter l'anonymat. Les caractéristiques des participants patients sont présentées dans le tableau 4. L'âge des participants

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

variait de 45 à 75 ans. Un formulaire de consentement a été signé par chaque personne ayant accepté de participer à ces entretiens, après accord des instances des structures. Trois entretiens ont été réalisés auprès de soignants pratiquant l'ETP, également renommés : une infirmière en programme hospitalier (Tya), une infirmière en programme avec réadaptation cardiaque (Corinne) et une diététicienne (Juliette).

Les entretiens ont été orientés par les quelques données quantitatives, afin de les mettre en perspective sur un plan qualitatif. Ils ont été réalisés en présentiel ou par téléphone.

### Règles éthiques de la recherche

Le consentement éclairé des participants à l'étude a été systématiquement recueilli. La confidentialité des données a été respectée, les questionnaires anonymisés ne permettaient pas d'identifier les participants volontaires à ce travail, conformément aux règles éthiques. Le traitement étant anonyme et donc non nominatif, ces questionnaires et entretiens n'étaient pas concernés par la loi Jardé. Cependant, le coauteur a soulevé les questions au préalable auprès du comité d'éthique de son université.

### Résultats

Nous décrivons les échantillons enquêtés avant de croiser les données qualitatives et quantitatives qui seront présentées simultanément autour de la variable de la posture soignante d'ETP et de la variable d'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP.

Soixante-cinq structures proposant de l'ETP en programme et hors programme ont été sollicitées. Vingt-cinq ont accepté, mais seulement 20 ont pu diffuser les questionnaires aux professionnels et aux patients, du fait du contexte sanitaire lié au Covid-19. Ces 20 structures proposant de l'ETP ont été regroupées en quatre sous-groupes afin de rassembler les effectifs : hospitaliers (comprenant des structures ETP sur le thème du diabète, de l'obésité, du syndrome métabolique et des maladies cardiovasculaires) ; ambulatoires (comprenant des structures ETP sur le thème du diabète, des maladies cardiovasculaires et des facteurs de risque cardiovasculaire) ; avec réadaptation cardiaque ; et enfin hors programme (comprenant des structures ETP sur le thème du diabète et des facteurs de risque cardiovasculaire). Les différentes structures ont été codées par une lettre pour respecter la confidentialité des résultats. Le tableau 1 montre le codage, la répartition des sous-groupes et des répondants, parmi les soignants et les personnes ayant bénéficié d'ETP. Ont répondu au questionnaire 81 soignants pratiquant l'ETP et 179 personnes ayant bénéficié d'ETP. Les questionnaires incomplets n'étaient pas considérés comme valides et n'ont pas été utilisés dans ce travail. À noter que le nombre de patients constituant l'échantillon enquêté nous assurait une puissance statistique suffisante.

Tableau 1. Codage des structures d'ETP, répartition des structures par sous-groupe et répartition des répondants.

|                                       | Programmes hospitaliers | Programmes ambulatoires | ETP avec réadaptation cardiaque | ETP hors programme | total |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|--------------------|-------|
| Nombre de structures ETP /sous-groupe | 8                       | 4                       | 5                               | 3                  | 20    |
| Structures ETP codées                 | B-C-D-G-H-I-M-P         | A-K-N-O                 | E-J-L-S-T                       | F-Q-R              | 20    |
| Nombre de répondants patients         | 70                      | 58                      | 35                              | 16                 | 179   |
| Taux de répondants patients           | 39%                     | 32,4%                   | 19,5%                           | 8,9%               | 100%  |

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

|                                |       |       |       |      |      |
|--------------------------------|-------|-------|-------|------|------|
| Nombre de répondants soignants | 45    | 20    | 12    | 4    | 81   |
| Taux de répondants soignants   | 55,5% | 24,6% | 14,8% | 4,9% | 100% |

Parmi les répondants soignants, neuf catégories de métiers ont été représentées, avec une majorité de réponses pour les infirmiers (IDE) puis les diététiciens, comme le montre le tableau 2.

Tableau 2. Répartition des répondants soignants par métier.

|   | IDE  | Diététicien | Médecin | Educateur APA | Kinésithérapeute | Pédicure /Podologue | IPA | Pharmacien | Ergothérapeute | Total |
|---|------|-------------|---------|---------------|------------------|---------------------|-----|------------|----------------|-------|
| n | 32   | 12          | 9       | 9             | 6                | 6                   | 3   | 2          | 2              | 81    |
| % | 39,5 | 14,8        | 11,1    | 11,1          | 7,4              | 7,4                 | 3,7 | 2,5        | 2,5            | 100,0 |

Des données sociodémographiques étaient incluses au questionnaire afin de décrire l'échantillon et d'explorer si des variables autres que celle de la posture soignante pouvaient influencer le score d'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des participants. Il s'agissait de variables quantitatives telles que l'âge, le nombre de séances d'ETP dédiées à l'activité physique, le nombre de séances d'ETP collectives et la distance dans le temps à la participation aux séances d'ETP, comme le montre le tableau 3.

Tableau 3. Variables descriptives quantitatives de l'échantillon des patients.

|  | Moyenne | Médiane | Ecart-type | Mini | Maxi | Mode | Nb  |
|--|---------|---------|------------|------|------|------|-----|
| Age des participants   | 62,5    | 64      | 10,1       | 39   | 85   | 64   | 179 |
| Nombre de séances ETP dédiées à l'AP dont les participants ont bénéficié | 12,38   | 2       | 26,46      | 1    | 160  | 1    | 179 |
| Nombre de séances d'ETP collective dont les participants ont bénéficié   | 6,745   | 4       | 7,69       | 1    | 54   | 3    | 179 |
| Distance dans le temps en mois de l'ETP                                  | 14,53   | 7       | 19,01      | 1    | 103  | 1    | 179 |

Le faible écart-type de l'âge des participants à 10,1 pour une moyenne à 62,5 ans montre que l'échantillon était homogène sur cette variable. Pour ce qui est de la variable de la distance dans le temps, nous pouvons observer un écart-type important, comparé à la moyenne. En effet, les participants n'étaient pas inclus dans le travail selon la proximité ou l'éloignement dans le temps du programme d'ETP. La variable de la distance dans le temps nous semblait cependant pertinente à prendre en compte puisque le maintien dans le temps de l'activité physique est considéré comme difficile, comme nous l'avons vu précédemment.

| Prénom fictif | Tranche d'âge | Délai entre les séances d'ETP et l'entretien | Score d'auto-efficacité |
|---------------|---------------|--|-------------------------|
| Béatrice      | 55-60 ans     | 5 ans  | Bas entre 4 et 26       |
|               |               |  |                         |

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

|          |           |         |                         |
|----------|-----------|---------|-------------------------|
| Bernard  | 55-60 ans | 2 mois  |                         |
| Brigitte | > 70 ans  | 1 mois  |                         |
| Martin   | 55-60 ans | 1 mois  | Moyen<br>entre 39 et 45 |
| Mélanie  | 45-50 ans | 10 mois |                         |
| Hortense | > 70 ans  | 1 mois  | Elevé<br>entre 60 et 62 |
| Hélène   | 40-45 ans | 10 mois |                         |

Pour les variables du nombre de séances dédiées à l'activité physique ainsi que du nombre de séances collectives d'ETP, nous constatons également un écart-type important. Cependant, les médianes de ces variables montrent qu'il s'agit d'une proportion faible de l'échantillon. Deux autres variables qualitatives, telles que le genre et le fait d'avoir participé ou non à un programme de réadaptation cardiaque combiné à l'ETP, venaient compléter les données sociodémographiques. Les hommes étaient légèrement plus représentés, à 56,6 % pour 43,6 % de femmes. Enfin, 82,3 % des participants avaient bénéficié d'un programme ETP seul, tandis que 17,7 % avaient bénéficié d'un programme de réadaptation cardiaque couplé à l'ETP.

Après une première analyse des  $\alpha$  de Cronbach (coefficient associé à la fiabilité d'un instrument de mesure, variant de 0 à 1) et des analyses en composantes principales, trois items de l'échelle, issus des entretiens exploratoires, ont été supprimés pour améliorer la cohérence interne de l'outil et alléger le questionnaire à l'avenir. Ainsi, après suppression de 3 variables, soit 13 variables, les  $\alpha$  de Cronbach retrouvés étaient de 0,36 pour le score de croyances, 0,67 pour le score des intentions, 0,75 pour les actions et 0,79 pour les postures.

Tableau 4. Alpha des scores de croyances, intentions, actions et postures.

|  | Croyances | Intentions | Actions | Postures |
|--|-----------|------------|---------|----------|
| Alpha après suppression de 3 variables soit 13 variables | 0,36      | 0,67       | 0,75    | 0,79     |

Ces modifications amènent à un  $\alpha$  de Cronbach recevable à 0,79. La cohérence interne est aussi perceptible avec la figure 2 qui montre visuellement le niveau de corrélations entre les variables (voir la taille et la densité des points).

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

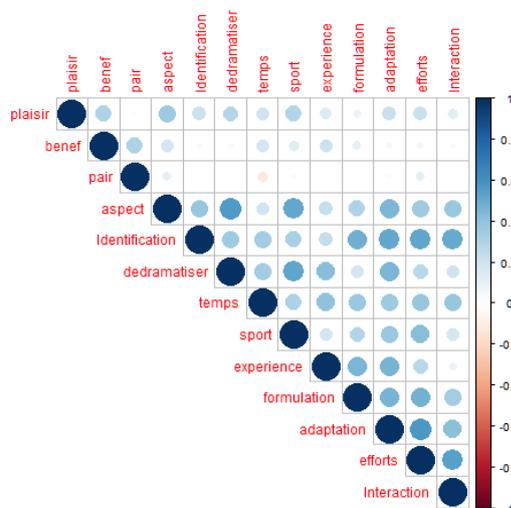


Figure 2 : Graphique de corrélation entre les items du score de posture

Nous constatons la proximité de l'ensemble des soignants dans leur posture professionnelle selon cette échelle. En effet, le score pourrait varier de 0 à 130 points, or les scores minimal et maximal montrent qu'il varie seulement de 84 à 130. De plus, nous pouvons observer que la moyenne et la médiane, à respectivement 111 et 114 du score général de posture des soignants, sont proches, avec un écart-type faible, à 10. On constate la même proximité dans les scores de croyances, intentions et actions, avec des moyennes et médianes proches et de faibles écarts-types. Il y a donc peu de variabilité dans les scores de posture des soignants d'ETP (tableau 5).

Tableau 5. Les scores de croyances, intentions, actions et posture soignante générale.

|                          | Moyenne | Médiane | Ecart-type | Mini | Maxi | Mode | Nb |
|--------------------------|---------|---------|------------|------|------|------|----|
| Score de croyances       | 23,4    | 23      | 3,48       | 15   | 30   | 23   | 81 |
| Score d'intentions       | 34,9    | 35      | 4,12       | 23   | 40   | 40   | 81 |
| Score d'actions          | 53,5    | 55      | 5,61       | 37   | 60   | 60   | 81 |
| Score général de posture | 111     | 114     | 10         | 84   | 130  | 120  | 81 |

Les soignants évoquent la formation commune aux intervenants en ETP qui implique une proximité de posture, comme l'exprime la diététicienne, Juliette : « Cela me semble logique que les postures soient proches, vu qu'on s'adresse à des gens qui ont eu une formation ETP. [...] La formation permet d'accéder à cette posture ». Corinne (infirmière) vient appuyer ces propos : « Le fait d'avoir eu cette formation fait qu'on acquiert des compétences, des qualités pour pratiquer l'ETP, d'où cette posture assez homogène ». Tout comme Tya (infirmière) : « Tu ne peux pas avoir cette posture si tu n'as pas été formée à l'ETP. Enfin, pour certains, ce sera inné, ils sont doués naturellement. Mais pour la plupart d'entre nous, il faut cette formation ». Du point de vue des patients, cette proximité dans la posture des soignants qui les ont accompagnés en ETP est ressentie. Martin évoque une cohésion d'équipe : « Ils fonctionnent un peu tous dans le même sens. Ils sont là vraiment pour nous pousser à nous sortir, nous aider à vivre avec notre maladie ». Hortense également : « Ce qui m'a aidé, c'est l'enthousiasme

des infirmières, elles connaissent leur travail, elles sont motivées. Elles sont à l'écoute, les docteurs, la diététicienne, tout le monde est à l'écoute ». Béatrice et Mélanie insistent sur l'absence de jugement, commune à l'ensemble des soignants : « Ici, personne ne nous juge. On vient comme on est, diabète type 1, type 2, capteur, sans capteur, avec insuline ou pas, personne ne vient me juger en me disant ce qu'il faut faire ». Ou encore : « Ce qui est très bien, c'est qu'on ne vous juge pas, on a besoin de ça ».

Pour ce qui est de la posture des soignants par métier, devant la faiblesse des échantillons de certaines catégories de métier, nous présenterons uniquement les infirmières (IDE) et les diététiciens, représentant les effectifs majoritaires de l'échantillon soignant. Les deux métiers sont proches dans leur score de posture, comme le montre la figure 3. En effet, pour les IDE (n = 32), les scores varient de 91 à 130 avec une médiane à 115 et une moyenne à 112,6 tandis que pour les diététiciens (n = 12), les scores varient de 84 à 130 avec une médiane à 108,5 et une moyenne à 108,7. Un test de Wilcoxon (le test de Wilcoxon, ou de Mann-Whitney, est un test non paramétrique de comparaison de moyennes de deux échantillons indépendants ou appariés) a été réalisé et montre un *p-value* égal à 0,3977 entre les scores de ces métiers. Ce résultat indique que même si les scores de posture des IDE et des diététiciens ne sont pas identiques, il n'existe pas de différence significative entre ces deux métiers. La différence observée des moyennes s'explique ici par le hasard.

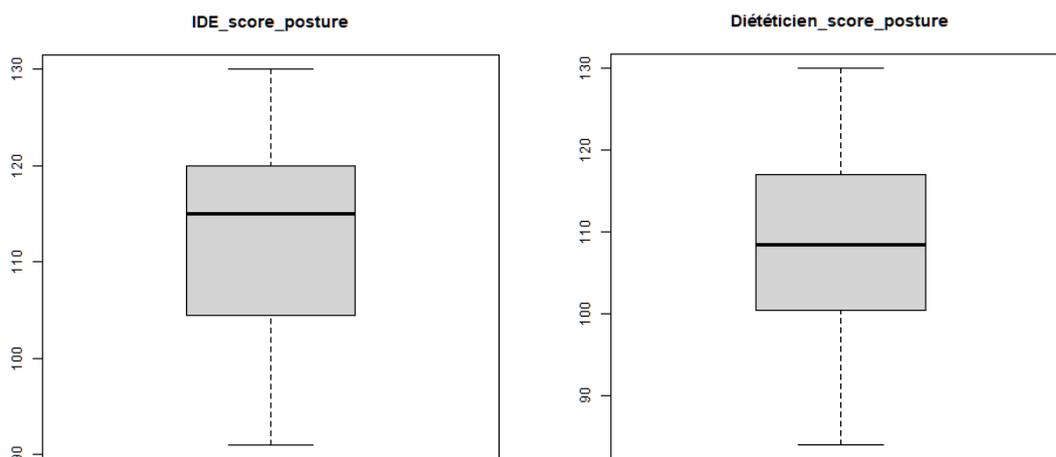


Figure 3 ; Score de posture soignante des IDE et des diététiciens.

Juliette, la diététicienne exprime une proximité liée au fait de travailler en cohésion : « On travaille ensemble, on co-anime des séances ensemble, on échange sur les patients, ça ne m'étonne pas qu'on ait des postures proches, c'est plutôt l'inverse qui m'aurait dérangée ». Pour Tya (infirmière), cette proximité de posture permet de favoriser la confiance du patient en l'équipe : « Il faut qu'il y ait une relation de confiance pour que les patients se sentent en sécurité, et si on n'avait pas le même discours, la même attitude, ils seraient perdus ». Les centres d'intérêts partagés favoriseraient cette proximité de posture, d'après Corinne : « Quand on travaille ensemble en éducation thérapeutique, on a les mêmes centres d'intérêt pour le patient. [...] Les bienfaits de l'activité physique pour la maladie coronarienne, par exemple, on n'a jamais de divergences, on est toujours en accord par rapport à ça. Et les patients aiment bien qu'on ait le même discours : un autre soignant qui justifie la nécessité d'avoir une activité physique régulière ».

Devant la faiblesse du nombre de soignants dans le sous-groupe « hors programme » (quatre

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

soignants), la posture n'a pas été étudiée sur cette catégorie. Le test de Wilcoxon réalisé entre les autres sous-groupes montre une différence significative entre les programmes avec réadaptation cardiaque et les deux autres catégories, soit un *p-value* égal à 0,04049 avec les programmes hospitaliers, et 0,01829 avec les programmes ambulatoires.

Tableau 6. Score de posture par sous-groupe.

| Score de posture/ sous-groupe   | Moyenne | Médiane | Ecart-type | Mini | Maxi | Mode    | Nb |
|---------------------------------|---------|---------|------------|------|------|---------|----|
| ETP Hospitalier                 | 112,6   | 115     | 10,12      | 91   | 130  | 110-120 | 45 |
| ETP ambulatoire                 | 114,7   | 116     | 8,57       | 98   | 130  | 120-130 | 24 |
| ETP avec réadaptation cardiaque | 105,9   | 107     | 10,22      | 84   | 120  | 100-110 | 12 |
| Score général                   | 111     | 114     | 10         | 84   | 130  | 120     | 81 |

Pour Corinne (infirmière), cette différence de posture serait liée à l'importance donnée à l'activité physique en réadaptation cardiaque et à l'expertise des soignants sur ce thème : « Ce n'est pas une meilleure posture, mais c'est une aide supplémentaire à la mise en place d'une activité physique. C'est vraiment plus ciblé. Il y a un tapis de marche, un vélo, un rameur ; très souvent, ils reviennent nous voir avec une brochure de vélo pour nous demander notre avis. On est plus ciblés sur l'activité physique. On les oriente, on répond à leurs questions. Alors que dans les autres programmes d'ETP, les soignants accompagnent l'activité physique mais n'accompagnent pas les patients à faire du vélo d'appartement, par exemple, à leur côté pour leur montrer la progression ».

Pour Tya (infirmière), le temps dédié spécifiquement à l'activité physique au sein de ces programmes impliquerait une différence de posture : « Les soignants de réadaptation ont plus de temps dédié à l'activité physique dans leur programme, ce qui explique probablement cette différence ».

Le questionnaire d'auto-efficacité d'origine (19) ayant été modifié pour les besoins de l'étude, une analyse de sa cohérence interne a été réalisée. L' $\alpha$  de Cronbach à 0,91 indique une cohérence interne de l'outil très satisfaisante. Comme le montre le graphique de corrélation (figure 4), les différents items du questionnaire concourent donc bien à mesurer une seule variable : l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique.

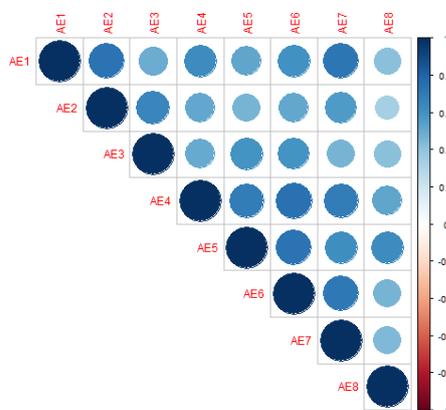


Figure 4. Corrélation des items du score d'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique.

Concernant le score général d'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP, nous pouvons constater une grande variabilité des scores. Comme l'illustre le tableau 7, ces scores varient de 0 à 80, avec une moyenne et une médiane proches montrant une répartition hétérogène. Rappelons que le score maximal possible est de 80 puisque l'échelle comprend huit affirmations.

Tableau 7. Score d'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP.

|                         | Moyenne | Médiane | Écart-type | Mini | Maxi | Mode | Nb  |
|-------------------------|---------|---------|------------|------|------|------|-----|
| Score d'auto-efficacité | 45,616  | 47      | 16,242     | 0    | 80   | 47   | 179 |

Corinne (infirmière) s'interroge sur les freins à l'activité physique que les patients peuvent rencontrer : « Ce serait bien de comprendre la démotivation à l'activité physique : le manque de temps, la fatigue, le soir, après une journée de travail pour qu'on puisse axer une aide à une activité physique régulière ». Pour la diététicienne, chaque personne a un rapport différent à l'activité physique : « [...] certains sont plus à l'aise avec l'activité physique, d'autres ont plus de difficultés ». C'est aussi l'avis de Tya (infirmière) : « C'est assez représentatif de ce qu'on voit au quotidien. Certains patients vont tilter tout de suite, et d'autres ont besoin d'être remotivés sans cesse. C'est pour ça que, dans le long terme, l'entretien motivationnel est un bon outil ».

Les patients avec un faible score d'auto-efficacité évoquent différents facteurs expliquant leur rapport à l'activité physique. Bernard exprime la motivation qu'il a pu ressentir en groupe en réadaptation cardiaque qui s'estompe lorsqu'il se retrouve seul : « Parce que j'ai fait un infarctus, [...] en réadaptation, on faisait du vélo, on avait des activités en groupe, on avait des exercices à faire, par exemple, avec des bâtons [...] quand on a commencé en groupe, c'était nickel. [...] Tout seul, je ne suis pas motivé ». Pour Brigitte, ce sont les contraintes environnementales qui posent problème : « Je ne suis souvent pas motivée pour l'activité physique. Parfois, c'est le temps qui ne me va pas, parfois c'est autre chose. J'ai toujours une bonne raison. J'arrive toujours à me dédouaner ». Pour Béatrice, le manque de temps et le moral sont des freins sans conteste : « Mon moral était à zéro, j'allais vendredi, samedi, dimanche chez ma fille qui était malade pour qu'elle puisse se reposer. Plus, quand je revenais chez moi, le soir, je travaillais à faire des fichiers, quand j'y repense c'était de la folie. Donc je n'avais pas trop le temps de faire du sport ».

Les personnes ayant un score moyen évoquent leur unicité, comme l'exprime Mélanie : « On n'est pas tous pareils. On est différents. Je sais que moi, je ne supporte pas mon physique, alors aller dans une salle de sport, j'y allais toute seule, je m'ennuyais ». Tout comme Martin qui évoque le goût personnel ou non pour les activités physiques : « C'est la motivation de chacun. Celui qui est habitué à rester assis devant la télé ou devant son ordinateur... moi j'aime être dehors et faire du sport. [...] On aime ou on n'aime pas, on ne peut pas forcer quelqu'un à faire quelque chose qu'il n'aime pas ».

Les personnes ayant un score d'auto-efficacité élevé évoquent la volonté : « Pour notre maladie, il faut avoir de la volonté », verbalise Hélène. Hortense explique que le fait d'essayer est un moteur à son auto-efficacité : « Peut-être déjà d'essayer d'en faire un peu plus, ça aide. Parce que plus on en fait, plus on voit qu'on y arrive, je pense. Si on reprend le cours de notre vie sans utiliser ce qu'on a appris, on oublie ».

Une régression linéaire multiple est une généralisation de la régression linéaire simple, dans le sens où cette approche permet d'évaluer les relations linéaires entre une variable réponse et plusieurs variables explicatives (de type numérique ou catégoriel). Une régression linéaire multiple a donc été réalisée pour estimer le niveau d'influence des variables quantitatives descriptives (âge, nombre de séances d'ETP dédiées à l'activité physique, nombre de séances collectives d'ETP, distance dans le temps à la participation à un programme d'ETP) sur le score d'auto-efficacité. Aucune de ces variables n'explique

significativement le score d'auto-efficacité ( $p$ -value = 0,2947). Il s'agit donc d'une variable indépendante des autres. Pour ce qui est de la variable de l'âge, la diététicienne relate : « On peut avoir des gens de 76 ans, dynamiques, qui font tout à pied, et puis, à l'inverse, on peut avoir un jeune de 40 ans qui ne travaille pas ou qui est dépressif, qui a du mal à se motiver pour l'activité physique, donc je pense vraiment que ce n'est pas une question d'âge ». De même, Hortense exprime : « J'ai 72 ans, je marche beaucoup. Mais je pense que l'âge n'a rien à voir avec la motivation. Il faut déjà être bien dans sa tête. Il faut vouloir se soigner surtout aussi ». Quant à Martin : « Pour moi, l'âge ne rentre pas en compte. On peut faire de l'activité physique à n'importe quel âge ». Hélène vient appuyer ces propos : « Tu as des papys-mamys qui sont assez âgés, qui sont coquets, ils ont de la motivation, et des jeunes qui ne sont pas motivés, ça c'est clair ».

En ce qui concerne le nombre de séances d'ETP dédiées à l'activité physique, Mélanie estime que le nombre n'a pas d'importance : « Plus de séances dédiées à l'activité physique, ça n'a pas d'intérêt, les séances d'une heure, c'est suffisant, au bout d'un moment, on n'écoute plus. Pour rester concentré ». Ce qui rejoint l'avis de Tya (infirmière) qui évoque l'unicité de chaque patient quant au nombre de séances dédiées à l'activité physique : « Il y aura peut-être des gens qui auront besoin de plusieurs ateliers pour faire germer la graine, et d'autres, en un seul atelier, ils auront tout compris ».

Pour le nombre de séances collectives d'ETP, les avis diffèrent du côté des patients. Certains, peu adeptes des grands groupes, expriment : « Ce qui ne m'aurait pas plu, c'est d'être plus nombreux. Le petit comité, on est plus à l'écoute de tout le monde ». Ou encore : « Personnellement, ça ne me motive pas plus que ça quand on est en collectif ». Pour d'autres, le groupe apporte l'avantage d'observer la situation de personnes aux caractéristiques plus graves et à les mettre en alerte, comme l'exprime Hélène : « Quand je vois les autres personnes, j'espère que je ne serai jamais comme ça, ça me donne envie de bouger ». Ainsi que Béatrice : « D'être en collectif, j'écoutais les gens, tu te dis que tu as une maladie, mais les autres ils sont pires que toi, en fait ». Hortense relate quant à elle les apports que chacun apporte mutuellement au groupe : « Je pense que d'être en groupe, en collectif, on est entraîné par les autres, et puis on apprend de leur histoire, on se dit qu'il ne faut pas qu'on se laisse aller. Ça nous apporte des connaissances ».

Concernant la distance dans le temps, Corinne (infirmière) évoque l'unicité de chacun : « Certains patients vont être motivés au début, d'autres ont besoin que ça fasse le petit bout de chemin avant que ça prenne ». C'est aussi l'avis de Tya (infirmière) : « C'est une question de personnalité avant tout ».

Le constat est le même pour les personnes qui ont bénéficié ou non d'un programme de réadaptation cardiaque, avec un  $p$ -value égal à 0,3639 : la différence des scores moyens d'auto-efficacité ne serait due qu'au hasard et non à cette variable. Bernard, qui a bénéficié de réadaptation cardiaque et de réhabilitation respiratoire avec ETP, exprime : « Ça apporte en permanence entre ce qui est dit ici, ce que j'ai eu en réadaptation cardiaque, en réhabilitation respiratoire, je sais qu'il en faudrait. Mais je ne l'ai jamais fait tout seul à la maison [...] ». En revanche, il existe une relation entre le score d'auto-efficacité et le genre, puisque le test amène à un  $p$ -value égal à 0,008387 (avec une moyenne à 42,7 pour les femmes et 47,8 pour les hommes), donc une différence significative entre les hommes et les femmes. Corinne (infirmière) exprime une possible différence de représentations individuelles des hommes et des femmes : « Les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes représentations. Les hommes ont peut-être plus une meilleure estimation de leur capacité ». La diététicienne, quant à elle, s'interroge sur la formulation de certaines affirmations du questionnaire qui aurait pu orienter ce résultat : « Le questionnaire parle des tâches ménagères et de la famille, est-ce qu'il n'y a pas un lien avec le fait que les femmes s'y collent un peu plus ? »

Concernant l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP par structure, les résultats sont présentés uniquement sur les structures où les effectifs de répondants sont les plus importants. Comme le montre le tableau 8, les patients ayant bénéficié d'ETP

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

dans la structure N ont des scores moyen et médian plus élevés que les trois autres établissements. Il aurait été intéressant de comparer les scores de postures soignantes dans ces deux établissements. Cependant, le faible nombre de répondants soignants par structure n'a pas permis de réaliser d'analyses statistiques fiables permettant de corrélérer la variable de posture et celle de l'auto-efficacité. Nous pouvons cependant remarquer que les personnes ayant bénéficié d'ETP dans certains établissements ont un score d'auto-efficacité significativement différent, avec, par exemple, un  $p$ -value égal à 0,04015 entre l'établissement B et N, d'après le test de Wilcoxon réalisé.

Tableau 8. Score d'auto-efficacité des personnes ayant bénéficié d'ETP par structure.

| Structure | Moyenne | Médiane | Ecart-type | Mini | Maxi | Mode  | Nb |
|-----------|---------|---------|------------|------|------|-------|----|
| A         | 46,62   | 47      | 16,45      | 0    | 78   | 40-50 | 28 |
| N         | 50,92   | 51      | 9,40       | 19   | 72   | 40-50 | 27 |
| B         | 42,21   | 44,50   | 13,16      | 22   | 55   | 40-50 | 14 |
| I         | 39,08   | 45      | 20,27      | 0    | 62   | 40-60 | 13 |

Le graphique suivant (figure 5) montre visuellement la proximité des scores de postures soignantes : la majorité des soignants se situe autour de scores compris entre 100 et 130. Les scores inférieurs à 100 représentent une minorité de l'échantillon. Les scores de postures de soignants sont élevés et proches les uns des autres. On observe donc une tendance haute et homogène de la posture soignante.

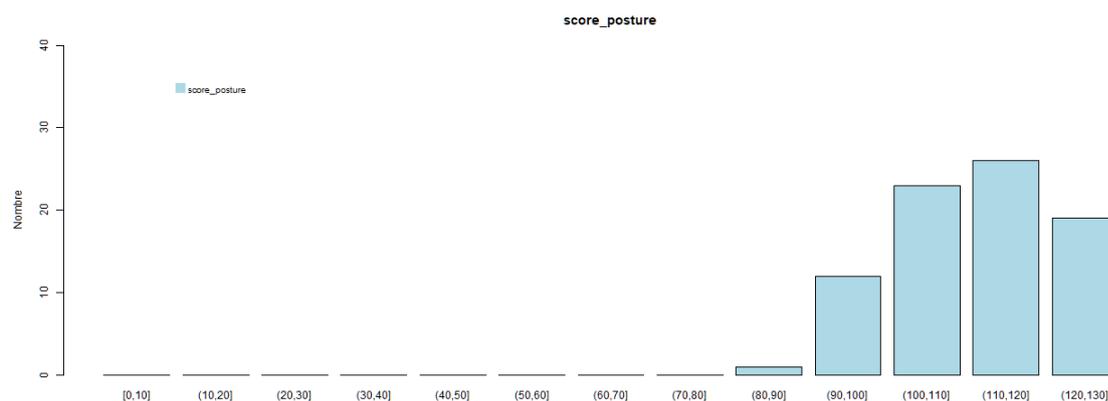


Figure 5. Score général de posture soignante d'ETP.

Pour ce qui est de la tendance de l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP (figure 6), nous pouvons constater une tendance hétérogène dans ce dernier, puisque plus d'un tiers des répondants se situe aux alentours de l'intervalle 40 à 50, et une disparité plus étalée des scores.

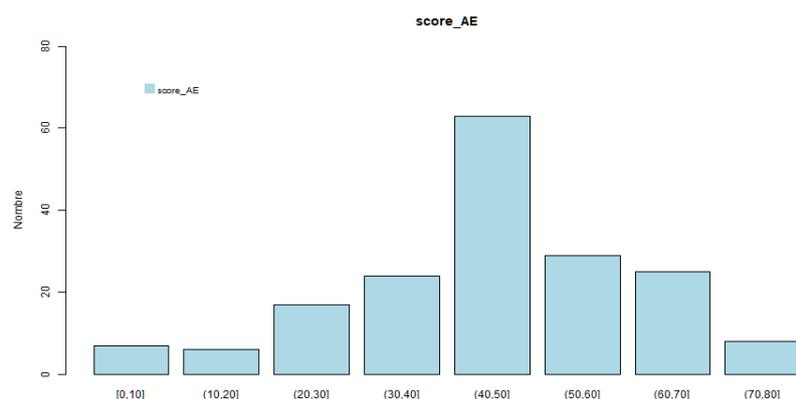


Figure 6. Score d'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP.

En mettant en parallèle les données, nous constatons une différence du point de vue des tendances de ces variables. Corinne (infirmière) estime que la posture soignante n'est pas suffisante pour accompagner le développement de l'auto-efficacité des personnes : « Ça ne suffit pas d'avoir une bonne posture du soignant pour que le patient soit motivé ». Tya (infirmière) vient appuyer ce constat : « Je pense qu'on doit rester humbles, se repositionner aussi. Je dirais aussi que tu auras beau tout essayer, il faut qu'on arrive à se remettre en question. C'est toujours une démarche avec le patient. Tu auras beau avoir une posture bienveillante, si le patient n'est pas moteur, on ne pourra pas l'emmener. Tu pourras avoir une posture adaptée à certains mais pas adaptée à l'autre. Tu as beau être formée à l'ETP, disposer d'outils, chaque patient est différent, ce n'est pas toujours évident. La posture ne fait pas tout, il faudrait qu'elle soit différente pour chaque patient, car chaque patient a ses représentations, son vécu ».

Pour la diététicienne, les soignants ont un rôle plus particulièrement dans la conviction qu'ils peuvent faire naître chez chaque personne : « [...] on a un rôle important, même s'ils se sentent responsables quand ça ne fonctionne pas. Il faut quand même un début de motivation. Si la personne n'est pas convaincue, c'est là où nous, les soignants, on a un rôle. Mais il faut quand même un début de motivation quelque part pour que ça fonctionne ».

Les patients ont des avis divers concernant ce que l'ETP a apporté à leur rapport à l'activité physique. Bernard exprime qu'il aurait sans doute encore moins pratiqué d'activité physique sans ces apports : « Tout le monde nous pousse à faire de l'activité physique, mais c'est le mental des gens. C'est personnel. Mais ça aurait pu être pire si je n'avais pas fait ces ateliers ». Béatrice insiste sur l'importance que ce soit le bon moment afin d'intégrer les choses : « [...] je n'étais pas à l'écoute. J'ai essayé mais, je n'ai pas pu suivre bien. Si ce n'est pas le bon moment pour nous, je pense qu'on ne réussira pas à entendre, réellement ». Brigitte et Mélanie expliquent l'impulsion que la présence des soignants leur a apportée mais aussi la décision de prendre la suite qui leur revient : « Ça m'a motivée, du moment qu'on s'occupait de moi, ça m'a motivée. Avant, je me sentais abandonnée. Je trouvais qu'ils étaient bien, les soignants. Pour moi, ils ne peuvent pas en faire plus. Ils ont répondu à tout ce que j'avais besoin d'entendre, c'était comme il fallait. Une fois qu'ils nous lâchent, c'est à nous de nous prendre en main, on ne peut pas leur en demander plus » ; « C'est moi qui prends la décision ou non. [...] Mais ma motivation venait quand même d'ici, de tout ce que j'avais appris. Ça m'a fait un déclic, je savais déjà depuis longtemps qu'il faut bouger, une alimentation équilibrée, ça, je le savais. Sauf que, pour moi, c'est très difficile. Le fait d'être venue en ETP, ça m'a donné envie de le faire ».

C'est aussi l'avis d'Hélène : « Avant l'ETP, je ne faisais rien du tout, mais depuis que je l'ai fait, je vais marcher, je fais attention à ce que je mange, j'essaye de faire attention. Ça m'a aidée ». Hortense, également : « Je me suis mise à la natation deux fois par semaine, je me suis mise à marcher. Et ça, c'est depuis que je suis venue faire cette semaine d'éducation thérapeutique. Ça m'a aidée à me rendre compte que la marche apportait un bienfait ». Pour Martin, qui pratiquait déjà une activité physique régulière auparavant, l'ETP n'a pas modifié son comportement :

« Le fait d'avoir fait cette semaine d'ETP n'a pas plus que ça influencé ma motivation puisque j'en faisais déjà avant. Je suis encore assez sportif. Je n'en fais pas plus maintenant qu'avant la semaine d'ETP ». Cependant, il ajoute : « Maintenant, on a le bébé dans les mains, c'est à nous de nous en occuper. Moi, je suis à fond dedans, je ne veux pas en arriver à la piqûre tous les jours. Je suis motivé pour me soigner, je veux me donner les moyens ». Certains s'expriment sur ce qui pourrait faire durer l'auto-efficacité déjà présente, comme le suggère Hélène : « Une piqûre de rappel régulièrement, c'est vraiment important pour ne pas lâcher ». C'est aussi le sentiment de Béatrice : « Il y a un moment où on baisse les bras si on n'a pas le médical qui nous pousse derrière ». De Brigitte, aussi : « Le fait d'avoir un suivi m'aide dans la motivation. Je sens qu'on s'occupe de moi, alors qu'avant, je me sentais lâchée dans la nature. On te donne des clés, mais à toi de te débrouiller avec. Ça m'a manqué ». Ces réflexions rejoignent celles de Mélanie : « Peut-être que ce qui me manque pour me motiver, ce serait des rendez-vous plus souvent avec les soignants. On est déjà bien suivis, mais parfois on a un an sans voir les spécialistes. Un suivi plus régulier. Parce qu'une fois par an, c'est juste. Il faudrait un peu plus souvent. Sinon j'ai l'impression de relâcher. Être suivie plus fréquemment ».

## Discussion

Cette étude visait à explorer et décrire la notion de posture soignante d'ETP au travers des croyances, intentions et actions, ainsi que l'auto-efficacité des personnes ayant bénéficié d'ETP à la pratique d'une activité physique. Les tendances générales de ces deux variables montrent une posture homogène et élevée pour les soignants d'ETP, ainsi qu'une auto-efficacité à la pratique d'une activité physique hétérogène avec des disparités pour les personnes ayant bénéficié d'ETP. Au vu des entretiens avec les soignants et les patients, il nous semble pertinent de rappeler le rapport important entre motivation et auto-efficacité, d'après Bandura (11). En effet, l'auto-efficacité pilote la motivation, et donne des indications sur la persévérance et l'autorégulation orientée vers la réussite à la mise en place d'un comportement.

Parmi les variables étudiées en rapport avec l'auto-efficacité dans notre travail, seule la variable du genre semble l'influencer. L'auto-efficacité étant définie par Bandura comme « [...] la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (11), on pourrait s'interroger sur l'origine de la croyance des femmes, plus pessimistes en leur capacité à pratiquer une activité physique, et si cette croyance les rendrait réellement moins efficaces. Ces interrogations pourraient faire l'objet de questionnements de recherche à l'avenir, d'autant que le genre n'est pas considéré habituellement comme une variable susceptible d'influencer le niveau d'auto-efficacité. Pour les autres variables ne montrant pas d'influence sur l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique, nous pouvons souligner que ce résultat est plutôt conforme à la théorie sociocognitive qui annonce que l'auto-efficacité dépend de quatre sources principales qui ne sont pas celles testées dans le modèle ici.

Par ailleurs, l'hétérogénéité des scores d'auto-efficacité qui souligne l'individualité de chaque personne est également conforme à la causalité triadique réciproque de l'agentivité humaine, que Bandura décrit dans la théorie sociocognitive : » [...] les facteurs personnels internes

– sous forme d'évènements cognitifs, émotionnels et biologiques –, les comportements et

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

l'environnement opèrent tous comme des facteurs en interaction qui s'influencent réciproquement » (11). Cette unicité est d'ailleurs décrite par les personnes interrogées qui présentent des facteurs personnels internes différents ou leur environnement qui agit avec leur comportement vis-à-vis de l'activité physique (le manque de temps ou de disponibilité, le moral, les contraintes environnementales, etc.).

Le fait que l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique soit significativement différente dans un établissement porte à réflexion, car aucune variable étudiée dans ce travail ne permet de l'expliquer. En effet, il n'a pas été possible d'effectuer de statistiques inférentielles sur de petits effectifs concernant les postures soignantes qui auraient pu y être corrélées. Il pourrait cependant être intéressant, si les conditions le permettent dans de futurs travaux, de vérifier si une corrélation existe entre la posture de tel soignant et l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes dont il assure le suivi. Ce travail montre également une différence de posture entre les soignants pratiquant l'ETP combinée à une réadaptation cardiaque avec les autres soignants. Nous émettons cependant une réserve sur ce résultat au vu de la faiblesse de l'échantillon, qui pourrait grandement être modifié si le nombre de participants était plus conséquent. Notons également que les personnes ayant bénéficié d'ETP avec réadaptation cardiaque ne présentent pas d'auto-efficacité significativement différente malgré la différence de posture des soignants dans ce groupe.

Cette étude présente à la fois des forces et des faiblesses. Tout d'abord, la tendance d'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique est une vision d'un instant donné, et toutes les personnes ayant répondu au questionnaire n'avaient pas bénéficié de l'ETP à égale distance dans le temps. Même si la distance dans le temps ne présentait pas d'influence sur l'auto-efficacité, il serait pertinent, pour pousser plus loin la réflexion, de faire remplir le questionnaire aux mêmes personnes avant, puis après l'ETP, à plusieurs échéances de distance (ex : un mois, trois mois, six mois, un an). D'autant que certains travaux montrent une difficulté à maintenir l'activité physique dans le temps (7). En effet, plusieurs personnes interrogées expriment l'impulsion apportée par leur participation à un programme d'ETP. Les scores d'auto-efficacité pourraient donc être plus bas sans cette participation. Il serait également pertinent de diffuser ce questionnaire à des personnes atteintes de pathologies chroniques ou de facteurs de risque cardiovasculaire, n'ayant pas bénéficié d'ETP, pour explorer si les scores sont significativement différents.

Du côté de la notion de posture, nous notons également des faiblesses et des forces. Les travaux de Lameul permettaient de dégager, sur un plan qualitatif uniquement, différentes perspectives de postures ou tendances posturales (14) que ce travail n'a pas permis d'identifier. Cependant, ces tendances posturales pourraient être intéressantes à envisager dans de futures études portant sur ce sujet, afin de l'approfondir. De plus, nous émettons des réserves sur l'échelle de posture, notamment en ce qui concerne le faible alpha des croyances venant diminuer la cohérence interne de l'outil. Nous plaiderions à l'avenir pour une amélioration ou un complément de cette dimension par des entretiens, comme le suggèrent les travaux réalisés par l'auteur : « [...] la notion de posture renvoie en effet à un vécu plus intime, à l'histoire de vie, à l'expérience personnelle et professionnelle dans laquelle elle trouve son ancrage. Pour y avoir accès, les questions directes sont insuffisantes, et un entretien de type récit de vie permettrait sans doute de l'aborder de manière plus complète » (30).

Notons également que ce questionnaire, basé sur le mode déclaratif, pourrait être complété par d'autres indicateurs, comme l'observation, afin d'enrichir les données et d'étudier plus précisément cette notion. Cependant, même si l'outil est à améliorer, il a permis d'explorer la posture soignante au travers des dimensions de croyances, intentions et actions, relatées par les professionnels de santé. Ce travail a donc permis de transposer la notion de posture, en voie de conceptualisation dans le

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

milieu des sciences de l'éducation, grâce aux recherches de Lameul (14), inspirées par les travaux de Pratt (15), dans le milieu du soin. Ainsi, cette étude est une contribution à l'émergence des sciences infirmières francophones.

Concernant les biais et limites de ce travail, nous soulignons que des études avec de plus grands échantillons permettraient une plus grande précision. L'ETP hors programme représente, par exemple, une faible proportion des échantillons, ce qui suggère un biais de recrutement. Le nombre de répondants représente donc une faiblesse de ce travail. Enfin, au vu des réponses maximales concernant le nombre de séances d'ETP dédiées à l'activité physique ou le nombre de séances collectives dans le questionnaire patient, il est probable que ces affirmations aient été mal interprétées par plusieurs participants, notamment ceux ayant bénéficié d'un programme de réadaptation cardiaque, pour qui les séances de réadaptation pourraient être interprétées comme de l'ETP. Il pourrait s'agir d'un manque de clarté du questionnaire, qui aurait dû préciser « hors séance de réadaptation cardiaque ». En effet, il est peu probable que ces personnes aient bénéficié de 54 séances d'ETP collectives ou de 160 séances d'ETP dédiées à l'activité physique. Cependant, les médianes, moyennes et écarts-types pour ces variables attestent qu'il ne s'agit que d'une minorité des personnes ayant répondu.

À la lumière de ces résultats, nous nous interrogeons sur la proximité des scores de posture des soignants. D'après les professionnels interrogés, cette proximité serait due à la formation commune en ETP des soignants et au fait de travailler en équipe au service du patient. Des travaux ont pourtant montré qu'une intervention d'ETP activant les quatre sources d'auto-efficacité de Bandura améliorerait significativement l'auto-efficacité des patients (21). D'autres travaux montrent également qu'un dispositif de formation aux soignants d'ETP centré sur les quatre sources d'auto-efficacité ainsi que sur l'ASFF de Gottlieb (16), en y intégrant le construit de la-santé-dans-la-maladie (34), permettrait, grâce aux méthodes pédagogiques de ces soignants, d'améliorer l'auto-efficacité des patients (20). Les formations professionnelles d'ETP ne sont donc pas toutes construites de la même manière et apportent vraisemblablement des différences en termes d'auto-efficacité des personnes qui en bénéficient. Nos résultats amènent à s'interroger : la posture est-elle uniquement liée à la formation, et si c'est le cas, que deviennent les croyances des soignants, liées à leur expérience et leur vécu personnels ? Les individualités des professionnels disparaissent-elles en raison de leur formation ? Par ailleurs, l'hypothèse avancée par les soignants sur l'influence de la formation à l'ETP s'inscrit dans un effort de distinction identitaire, la formation à l'ETP devenant un critère de classement et de différenciation. Il pourrait être pertinent de faire tester ce questionnaire à des soignants n'ayant pas eu de formation en ETP pour explorer si leur posture est significativement différente. Ces réflexions amènent à se demander si la posture soignante ne se rapprocherait alors pas d'un « masque professionnel », à travers sa fonction normative, conforme aux attentes professionnelles de la sphère soignante.

## Conclusion

Les bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes vivant avec des facteurs de risque cardiovasculaire ou des pathologies chroniques ne sont plus à prouver. Ce comportement favorable à la santé est pourtant difficile à mettre en œuvre et à maintenir dans le temps. L'auto-efficacité (11), pilote de la motivation, est un indicateur et un prédicteur de la motivation à la mise en œuvre de l'activité physique. La posture professionnelle, alignement de croyances, d'intentions et d'actions (14), permet l'accompagnement de cette auto-efficacité par les soignants, notamment en ETP. L'ASFF est une approche pertinente comme guide aux soignants puisqu'elle propose de développer à la fois les forces et ressources des patients ainsi que les forces nécessaires aux soignants. Notre question de recherche s'interrogeait sur la contribution des postures soignantes d'ETP au développement de l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes vivant avec des facteurs de risque cardiovasculaire

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

ou des pathologies chroniques. L'objectif de ce travail était donc d'explorer la posture soignante d'ETP ainsi que l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP, afin de les mettre en relation dans une visée descriptive et exploratoire.

Les résultats quantitatifs de ce travail montrent un score de posture soignante générale homogène, à tendance élevée. Il existe des différences significatives entre certaines catégories de structures d'ETP, avec une réserve, eu égard à la taille des échantillons. L'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP est quant à elle hétérogène, avec une disparité des scores. Les résultats qualitatifs lors des entretiens soulignent la contribution des soignants à l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique des personnes ayant bénéficié d'ETP qui n'en pratiquaient pas auparavant. Les entretiens avec les patients ont également permis de répondre en partie à notre question de recherche puisque certains exprimaient le bénéfice de la bienveillance, de l'absence de jugement et de la présence authentique des soignants à leur côté pour mettre en œuvre une activité physique, attribuables à la posture notamment dans les croyances et les intentions. Cependant, conformément à la théorie sociocognitive (les facteurs personnels et environnementaux entrant en causalité avec le comportement de chaque individu), la posture soignante ne saurait compenser chaque problématique que les personnes rencontrent dans leur quotidien.

Pour l'implication de ce travail pour la pratique, il nous semble important de mettre en valeur le discours de plusieurs personnes qui soulignaient que l'ETP leur avait certes permis une impulsion à la mise en place d'une activité physique, mais qu'un suivi sur la durée leur manquait pour maintenir leur effort dans le temps. Ainsi, si la posture participe à l'accompagnement de l'auto-efficacité à la pratique d'une activité physique chez certaines personnes, un accompagnement régulier de cette auto-efficacité serait une aide à son maintien. Gageons que l'arrivée des infirmiers en pratique avancée (IPA) dans le parcours de soins des personnes atteintes de pathologies chroniques, ayant également pour mission de concevoir et mettre en œuvre des actions d'éducation thérapeutique, permettra de contribuer à cet accompagnement dans le temps, en collaboration avec les équipes médicales et d'ETP. De plus, il serait approprié de s'intéresser aux bénéfices amenés par les prescriptions d'activité physique adaptée (APA) que les médecins peuvent proposer sur l'auto-efficacité des personnes qui en bénéficient. Ces prescriptions devraient-elles être limitées à l'usage médical ou pourraient-elles devenir du rôle de l'IPA dans les années à venir ? Les soignants interrogés en pré-exploratoire soulignaient la remise en question nécessaire à leur posture. L'analyse de pratiques professionnelles pourrait être un outil judicieux à cette remise en question dans le cadre de l'ETP. Enfin, en accord avec les quatre sources d'auto-efficacité selon Bandura, l'apprentissage vicariant par l'intervention de patients-partenaires aurait également une place à prendre pour accompagner la mise en œuvre et le maintien de l'activité physique dans le temps.

Pour l'implication de ce travail pour la recherche, bien que nous plaitions pour une amélioration de l'échelle de posture, notamment la dimension des croyances qui nécessite un approfondissement à l'aide d'entretiens, ce travail pourrait servir de base à de futures études traitant ce sujet. La posture professionnelle demeurant une notion en voie de conceptualisation, il reste du chemin à parcourir pour en découvrir tous les tenants et les aboutissants, et notamment de quelle manière elle pourrait être le plus utile possible à notre cœur de métier : la prise en soin et l'accompagnement le plus approprié des personnes qui le nécessitent.

## Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé. Principaux repères sur les maladies non transmissibles [En ligne]. World Health Organization; 2014. [cité le 13 décembre 2021]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

2. Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2017. [cité le 13 sept 2020]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
3. Santé publique France. Mortalité liée au diabète [En ligne]. Santé Publique France; 2019. [cité le 13 sept 2020]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/mortalite-liee-au-diabete>
4. Santé publique France. Maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral [En ligne]. Santé Publique France; 2019. [cité le 16 sept 2020]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral>
5. Duclos M, Oppert JM, Vergès B, Coliche V, Gautier JF, Guezennec CY, et al. Activités physiques et diabète de type 2. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2012 Feb;6(1):80-96.
6. Boiche J, Fervers B, Freyssenet D, Gremy I, Guiraud T, Moro C, et al. Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques [En ligne]. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2019. [cité le 15 septembre 2020]. Disponible: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-02102457>
7. Favrod-Coune T, Delgado H, Sereni S, Jacquemet S, Golay A. Facteurs motivant ou décourageant à pratiquer de l'activité physique chez des patients souffrant de maladies cardio-vasculaires et de diabète. *Ther Patient Educ*. 2009 Dec;1(2):S119-25.
8. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte [En ligne]. Paris: HAS; 2014. [cité le 15 septembre 2020] Disponible: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide\\_pds\\_diabete\\_t\\_3\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf)
9. Fiquet B, Duclos M, Postel-Vinay N, Dejager S, Dinicola S, Quéré S. Barrières et motivations à la pratique de l'activité physique chez des patients diabétiques et hypertendus : premiers enseignements de l'étude MOBILE. *Diabetes Metab*. 2015 Mar;41:A33.
10. Ghannem M, Bulvestre M, Passavant E. Promouvoir l'activité physique dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Création et évaluation d'un protocole auprès de 53 patients en centre de réadaptation cardiaque. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2012 Nov;61(5):399-400.
11. Bandura A. Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles: De Boeck; 2015.
12. Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients. Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches. Paris: Maloine; 2011.
13. Racodon M, Masson P. Postures des soignants proposant une éducation thérapeutique du patient dans un service de rééducation réadaptation cardiovasculaire. *Éducation et socialisation*. 2017;44. doi: [doi.org/10.4000/edso.2121](https://doi.org/10.4000/edso.2121).
14. Lameul G. Posture : une notion centrale pour la compréhension de l'activité des acteurs dans les dispositifs de formation. *Éducation et formation*. 2019 Sep; e313:93-104.
15. Pratt DD. Five perspectives on teaching in adult and higher education. Malabar (FL): Krieger Publishing Company; 1998.
16. Gottlieb L. Les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille. Saint-Laurent (QC): De Boeck Supérieur; 2014.
17. Prochaska J, Diclemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*. 1982;19(3):276-88.
18. Romain A, Chevance G, Caudroit J, Bernard P. Le modèle transthéorique : description, intérêts et application dans la motivation à l'activité physique auprès de populations en surcharge pondérale. *Obésité*. 2016 Mar;11(1):47-55.

Martin, E., & Nagels, M. (2022). Auto-efficacité à la pratique d'une activité physique de la personne. Pathologie chronique et posture soignante en éducation thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 23-41.

19. Eeckhout C, Francaux M, Philippot P. Auto-efficacité perçue pour la pratique d'une activité physique : adaptation et validation francophone du Exercise Confidence Survey. *Can J Behav Sci*. 2012 Jan;44(1):77-82.
20. Alglave N. L'influence des stratégies hétérorégulatives des infirmières sur l'auto-efficacité des adultes atteints de maladie chronique à autoréguler leur santé-dans-la-maladie : expérimentation d'une méthode intégrative des savoirs expérientiels des personnes atteintes de maladie chronique et des savoirs professionnels des soignants [Thèse en sciences de l'éducation]. Sherbrooke (QC): Université de Sherbrooke; 2016.
21. Atallah R, Côté J, Bekarian G. Évaluation des effets d'une intervention infirmière sur l'adhésion thérapeutique des personnes diabétiques de type 2. *Rech Soins Infirm*. 2019 Mar;(136):28-42.
22. HAS. Education thérapeutique du patient (ETP) [En ligne]. Paris: Haute Autorité de Santé; 2007. [cité le 12 octobre 2020]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)
23. Décret n° 2020-1832 du 31 décembre 2020 relatif aux programmes d'éducation thérapeutique du patient. [En ligne]. [cité le 22 janvier 2021]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000042845662>
24. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [En ligne]. Paris: Haute Autorité de Santé, 2007 [cité le 10 septembre 2020]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques)
25. De la Tribonnière X, Mahjoub BAE, Samson IP, Benslimane F, Petit R. Éducation thérapeutique hors programme : recensement et réflexion sur des critères de qualité. *Ther Patient Educ*. 2019 Jun;11(1):10201.
26. d'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. Paris: Maloine; 2013.
27. Ardoino J. Les Avatars de l'éducation. Problématiques et notions en devenir. Paris: Presses Universitaires de France; 2000.
28. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Rech Soins Infirm*. 2012 Sep; (110):13-20.
29. Pétré B, Peignot A, Gagnayre R, Bertin E, Ziegler O, Guillaume M. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! *Ther Patient Educ*. 2019 Jun; 11(1):10501.
30. Deschryver N, Lameul G. Vers une opérationnalisation de la notion de posture professionnelle en pédagogie universitaire. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*. 2016; 32(3).
31. Fortin MF, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. Montréal: Chenelière éducation; 2016.
32. Nagels M. Tour de passe-passe (statistique) et auto-efficacité. [En ligne]. Rennes: 2016. [cité le 10 février 2021]. Disponible: <http://www.17marsconseil.fr/tour-de-passe-passe-statistique-et-auto-efficacite/>
33. Sallis JF. Exercise confidence survey [En ligne]. San Diego; 1996 [cité le 5 février 2021]. Disponible: <https://drjimallis.org/publications.html>  
Ellefsen E. L'expérience de sclérodémie systémique et de santé- dans-la-maladie pour des adultes : une étude phénoménologique existentielle herméneutique [Thèse de sciences infirmières]. Sherbrooke (QC): Université de Sherbrooke; 2011.