

Rôle des croyances (*mindsets*) relatives à la participation aux Activités de la vie quotidienne sur l'engagement de patients inclus dans un programme de réadaptation en ergothérapie : une étude exploratoire

Simon Léger, OT^{1,2}, Stéphane Mandigout, PhD¹, Iouri Bernache-Assollant, PhD¹

¹ Université Limoges, HAVAE, UR 20217, 87000 Limoges, France

² Université Limoges, ILFOMER, 87000 Limoges, France

Reçu le : 23 janvier 2024

Accepté le : 5 novembre 2024

Auteur correspondant : Iouri Bernache-Assollant, iouri.bernache-assollant@unilim.fr

Résumé

Contexte

Cette étude exploratoire a été menée dans un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle pour examiner l'impact des croyances des patients sur leur participation aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et leur engagement dans la gestion de leur santé.

Objectif

L'objectif principal était d'étudier les liens entre les croyances des patients (*mindsets* fixistes ou améliorables) et leur sentiment d'auto-efficacité, ainsi que leur impact sur l'engagement dans les AVQ et les intentions de changement comportemental en matière de santé.

Matériel et méthodes

Un échantillon de 29 patients (âge moyen = 55 ans, 14 hommes, 15 femmes) souffrant de diverses pathologies et participant à un programme de réadaptation a été recruté. Les participants ont rempli des questionnaires adaptés aux AVQ, mesurant leurs croyances, leur sentiment d'auto-efficacité, et leur engagement en matière de santé.

Résultats

Les résultats montrent une corrélation positive entre un *mindset* améliorable, le sentiment d'auto-efficacité, la fréquence des changements passés, les intentions de changement futur, et l'engagement dans la gestion de la santé. L'analyse révèle également que le sentiment d'auto-efficacité joue un rôle médiateur entre les croyances des patients et leur engagement dans la gestion de leur santé. De plus, les femmes et les patients atteints de maladies musculosquelettiques présentaient un *mindset* plus améliorable.

Conclusion

Cette étude suggère que les croyances des patients sur leur participation aux AVQ influencent leur engagement en matière de santé. Ces résultats ouvrent des perspectives pour améliorer la prise en charge en réadaptation, en s'appuyant sur l'adaptation des croyances et le renforcement du sentiment d'auto-efficacité des patients.

Mots clés

Ergothérapie, *Mindset*, Changement comportemental, Auto-efficacité, Engagement occupationnel

1. Introduction

Dans un webinaire organisé par l'ANFE (Association nationale française des ergothérapeutes) le 10 mai 2023, P. Fougeyrollas a déclaré que les valeurs et préférences personnelles que la personne s'attribue ont été négligées jusqu'à présent. Elles ne sont prises en compte dans le MDH-PPH (Modèle de développement humain – Processus de production du handicap) que depuis 2018 (Cloutier *et al.*, 2018). Parmi celles-ci, les « croyances implicites » ou « *mindsets* » (Dweck, 2010) que les patients ont à propos de certaines de leurs capacités pourraient être investies pour compléter une « approche centrée sur la personne », au cœur de la prise en soin d'un patient en ergothérapie¹.

Cette étude a pour objectif d'explorer pour la première fois la prise en compte du rôle des *mindsets* dans la pratique en ergothérapie afin d'essayer de répondre à la question suivante : existe-t-il un lien entre le *mindset* d'un patient et son engagement occupationnel ?

1.1. Ergothérapie, activités de la vie quotidienne et engagement occupationnel

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes appuyés sur plusieurs modèles en ergothérapie ayant tous pour point commun une approche holistique, permettant de mettre l'individu au centre d'un processus global. L'ergothérapie, « discipline transversale » (Caire, 2008), s'appuie sur de multiples domaines scientifiques à l'intersection entre la science de l'occupation et d'autres disciplines : biologie, biomécanique, sciences sociales (Pierce, 2016). Selon le *Canadian Model of Occupational Performance* (Townsend et Polatajko, 2013), l'ergothérapie prend en compte l'interaction dynamique entre la personne, l'environnement et l'occupation. La personne est ici appréhendée dans sa globalité, c'est-à-dire dans ses composantes affectives, cognitives, physiques et spirituelles. L'environnement est également compris au sens large : environnement physique, moral, législatif. Enfin, l'occupation naît de l'interaction entre une personne et un environnement donné.

Selon S. Meyer, « l'activité s'entend selon la définition du terme anglo-saxon "*occupation*" (Meyer, 2016) : un groupe d'activités qui a une signification personnelle et socioculturelle, qui est nommé au sein d'une culture et qui soutient la participation à la société ». Dans une vision restrictive, l'occupation est donc ce que fait une personne dans son environnement, que ce soient ses soins personnels, ses loisirs ou ses activités de productivité (Meyer, 2013). Parmi tout ce qu'une personne fait dans sa vie quotidienne, les activités de la vie quotidienne (i.e., AVQ) occupent une place centrale. Pour compléter la définition de l'occupation, nous considérons que les activités de la vie quotidienne (AVQ) peuvent être qualifiées d'occupations dès lors qu'elles revêtent un sens personnel pour l'individu. Dans le cadre de notre étude, en interrogeant les participants sur leurs AVQ, nous faisons appel à leurs représentations personnelles et au sens qu'ils attribuent eux-mêmes à ces activités.

James (2014) révèle que le terme d'AVQ est polysémique. Il peut aussi bien comprendre les activités orientées vers le soin du corps (e.g., se laver, se nourrir) que celles permettant d'accéder au bien-être et de participer à la vie sociale (e.g., préparer les repas). Les AVQ, présents dans de nombreux documents officiels (Code de l'action social et des familles, 2024), sont très souvent utilisées par les professionnels médicaux-sociaux ou de santé. En effet, mesurer la capacité d'une personne à réaliser des actes de la vie courante permet d'accéder à son degré d'indépendance et de perte d'autonomie (Katz *et al.*, 1970).

Un des principaux objectifs de l'ergothérapeute (*Journal officiel de la République française*, 2010) est de « permettre les activités humaines », la possibilité d'action de l'individu étant subordonné selon nous à sa possibilité d'engagement dans son quotidien. Plus précisément, l'engagement occupationnel fait référence au niveau d'investissement qu'une personne consacre à une activité, en tenant compte de l'importance qu'elle attribue à cette occupation et du degré de satisfaction qu'elle en retire (Townsend *et al.*, 2013). Cet engagement va

1. L'ergothérapeute fonde sa pratique sur une démarche patient-centrée articulée autour d'un modèle théorique appelé « top-down » (Morel-Bracq, 2017).

orienter les patients vers une prise en charge plus ou moins efficace de leur santé (Barello *et al.*, 2014). L'engagement occupationnel se définit par l'investissement d'une personne dans une activité signifiante et/ou significative, tant sur le plan physique que psychologique (Morel-Bracq, 2017). La façon dont la personne perçoit son environnement (*via les mindsets* par exemple) nous paraît important. En effet, l'environnement tient une place déterminante dans la réadaptation de l'individu. La réadaptation envisage le retour à la vie réelle, comme le fait l'engagement occupationnel qui définit la façon dont les personnes s'engagent ou s'engageront dans des activités signifiantes. Selon Meyer (2013), l'engagement du patient dans sa réadaptation favorise sa participation et est un déterminant de la réussite de l'intervention en ergothérapie. Autrement dit, les perspectives de réadaptation des patients dépendent de leur engagement en ergothérapie. Pour cette raison, l'ergothérapeute souhaite que les patients soient les plus engagés possible. Dans cette perspective, la prise en compte des *mindsets* relatifs aux AVQ semble une voie prometteuse afin de réadapter les personnes à leur quotidien.

1.2. *Mindsets* et santé

Le concept anglo-saxon de *mindset*, initialement utilisé dans le domaine de l'éducation (Dweck et Leggett, 1988) connaît une popularité croissante ces dernières années notamment dans les domaines de l'activité physique, du développement et du management. Selon Dweck (2010), il s'agit de l'état d'esprit dans lequel se trouve une personne à propos d'un de ses attributs mentaux, moraux ou physiques : son intelligence, sa condition physique, son état de santé. Ce concept peut être traduit par « croyances relative à » et met en lumière l'influence de la perception qu'un individu a de ses capacités sur son comportement.

Une distinction est faite entre les *mindsets* de type fixiste (*fixed mindset*) et les *mindsets* de type améliorable (*growth mindset*) (voir Issaieva, 2013). Les personnes ayant un *mindset* de type fixiste ont une croyance fondée sur une vision innéiste et estiment que leurs capacités sont des traits fixes qui ne peuvent être modifiés, ce qui engendre de l'anxiété, de la frustration et de la honte (Schroder, 2021), un comportement de résignation et de non-

engagement. Au contraire, les personnes ayant un *mindset* de type améliorable pensent que leurs compétences (intellectuelles, physiques, de santé) dans un domaine pourront être améliorées par l'effort, l'entraînement, les expériences (Dweck, 2010). Ainsi, un *mindset* améliorable est négativement corrélé à la détresse psychologique et prédit des attitudes plus positives envers les conseils émis ainsi qu'un engagement personnel plus prononcé en réponse à ces conseils (Burnette *et al.*, 2020), et un investissement plus important dans la scolarité par exemple (Yeager *et al.*, 2019).

Un nombre croissant de recherches révèle que les *mindsets* sont pertinents à prendre en compte dans les domaines relatifs à la santé comme la santé en général (Bunda et Busseri, 2017), le contrôle du poids (e.g., Burnette, 2010), la condition physique (e.g., Orvidas *et al.*, 2018), la consommation de tabac (Thai *et al.*, 2018), ou la gestion des émotions (Congard *et al.*, 2022) par exemple. Ainsi, les personnes avec des croyances améliorables par rapport au poids, rapportent des comportements alimentaires et d'exercice plus sains (Parent et Alquist, 2016) et consomment moins d'aliments caloriques provenant d'aliments préjudiciables pour la santé (Ehrlinger *et al.*, 2017). Plus récemment, dans une étude réalisée auprès d'enfants et d'adolescents obèses en institution (Orvidas *et al.*, 2020) a mis en évidence que des croyances améliorables liées à la santé étaient associées positivement aux cognitions relatives à des comportements sains (choix nutritionnels, sentiment d'efficacité personnelle en lien avec l'exercice physique et contrôle perçu). D'autres études ont révélé que les *mindsets* relatifs à la santé sont associés à l'engagement, se manifestant par des intentions plus saines (Thomas *et al.*, 2019), ou encore à l'adhésion des personnes à un programme de diététique à distance sur Internet (Shelton *et al.*, 2021).

Enfin, une étude d'Orvidas et collaborateurs (2018) a démontré une corrélation positive entre *mindset* améliorable relatif à la condition physique et changements auto-rapportés passés et futurs en lien avec l'engagement dans des activités physiques. En d'autres termes, les résultats ont mis en évidence que les individus qui avaient une conception améliorable de leur condition physique étaient ceux qui avaient démontré par le passé une fréquence d'activité physique la plus importante et

qui avaient également le plus l'intention de faire de l'exercice physique dans le futur. En outre, les chercheurs ont proposé que le sentiment d'efficacité personnelle (ou auto-efficacité), défini comme la conviction de pouvoir exécuter avec succès un comportement requis pour obtenir certains résultats (Bandura et Locke, 2003), joue un rôle dans ce processus. En effet, les personnes ayant un sentiment d'auto-efficacité plus élevé ont tendance à se sentir plus engagées dans leur tâche car elles se sentent plus compétentes (Schyns et von Collani, 2002). Des ergothérapeutes montrent que le sentiment d'auto-efficacité est un déterminant du retour au travail chez des patients présentant une douleur persistante d'origine musculosquelettique (Albert *et al.*, 2011). De plus, un modèle conceptuel de sentiment d'auto-efficacité professionnelle a été développé en ergothérapie afin de faciliter le retour au travail de patients après une lésion cérébrale (Soeker, 2012). Ce modèle tente de réduire l'écart entre la réadaptation et le retour au travail, en interrogeant l'amélioration des croyances des personnes grâce à leur engagement dans des tâches liées au travail.

1.3. Objectifs de l'étude

Les caractéristiques personnelles de l'individu, et notamment ses croyances limitantes, peuvent avoir un effet important sur ses comportements (Dweck, 2010). L'objectif de notre étude est d'accroître la connaissance sur le rôle joué par les *mindsets* comme prédisposition individuelle, en testant pour la première fois leurs liens avec l'engagement du patient dans sa réadaptation. Étant donné que nous considérons les AVQ comme un élément essentiel de la prise en charge des patients pour assurer des activités humaines sûres, autonomes et efficaces (*Journal officiel de la République française*, 2010), nous avons choisi de mesurer les *mindsets* des patients sur leur participation aux AVQ, que l'OMS définit comme leur implication dans des situations de la vie réelle (OMS, 2001).

Au regard de la littérature existante en psychologie sociale et en ergothérapie, nous avons proposé de tester les liens entre *mindsets* relatifs aux AVQ, sentiments d'auto-efficacité et engagement occupationnel du patient au travers de la fréquence des changements passés et des intentions futures de changements des AVQ. Enfin, l'engagement

occupationnel a aussi été appréhendé par l'engagement des patients pour leur propre santé ou Patient Health Engagement (PHE) (Graffigna *et al.*, 2015). Le PHE est un modèle qui met l'accent sur la participation active et le rôle central du patient dans la gestion de sa santé. Graffigna *et al.* (2015) ont conçu une échelle pour évaluer à quel point un patient est activement impliqué dans sa prise en charge médicale, la compréhension de sa condition, sa participation aux décisions relatives à son traitement et son adoption de comportements de santé positifs.

Notre première prédiction (hypothèse 1) est que des *mindsets* améliorables plus élevés en matière de participation aux AVQ chez des patients en réadaptation seront positivement liés au sentiment d'auto-efficacité. Au regard de l'engagement occupationnel à proprement parler, nos deuxièmes et troisièmes prédictions sont que ce type de *mindsets* améliorables plus élevés seront également positivement liés à la fréquence des changements passés, des intentions futures de changements (hypothèses 2a et 2b) mais aussi de l'engagement du patient pour sa propre santé (hypothèse 3). Finalement, de manière exploratoire nous testerons le rôle médiateur du sentiment d'auto-efficacité. Au regard des travaux d'Orvidas *et al.* (2018), nous proposons la question de recherche suivante : le sentiment d'auto-efficacité médiate-t-il le lien entre *mindsets* et engagement occupationnel et en matière de santé ?

2. Matériel et méthodes

2.1. Recueil des données

Cette étude transversale corrélationnelle a été réalisée entre le 2 novembre 2022 et le 21 avril 2023 au sein du Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle André-Lalande de Noth. Nous avons inclus les patients adultes qui étaient inscrits à un programme de réadaptation en ergothérapie au moment de la passation du questionnaire. Sur le plan des critères d'exclusion, nous avons exclu les patients ayant des troubles de la compréhension (troubles cognitifs, démence) trop importants ainsi que les personnes dont le français n'était pas la langue maternelle afin d'éviter des difficultés de complétion des questionnaires.

Le questionnaire a été rempli en séance, en chambre ou à domicile en autonomie par les patients. Les ergothérapeutes du service de soins de suite et réadaptation (SSR) ont participé à la diffusion et à la collecte des questionnaires avec la même méthodologie.

2.2. Considération éthique

Notre étude, impliquant la participation de sujets humains, se positionne dans la catégorie des recherches non interventionnelles qui ne visent pas à produire de nouvelles connaissances biologiques ou médicales, mais plutôt à explorer des aspects socio-comportementaux dans le domaine de la santé. En tant que recherche en sciences humaines et sociales, notre étude n'est pas soumise à la loi Jardé. Nous accordons une importance primordiale à la protection de la vie privée et à la confidentialité des données. Toutes les informations collectées sont traitées de manière confidentielle et ne sont accessibles qu'aux membres autorisés de notre équipe de recherche. Avant leur inclusion dans l'étude, chaque participant consent à y participer après avoir reçu un accord de participation éclairé, dans lequel les objectifs, les procédures et les implications de l'étude leur sont clairement expliqués. Cette étude a été menée dans le respect de la déclaration d'Helsinki, et toutes les données recueillies ont été traitées de manière confidentielle et protégées conformément aux réglementations en vigueur (Règlement européen sur la protection des données). L'ensemble des données est conservé sur un serveur sécurisé de l'Université de Limoges.

2.3. Batterie d'échelles

Notre questionnaire était composé de deux parties principales. Une première partie concernait la présentation de l'étude et garantissait l'anonymat des participants. Nous expliquons ici aux patients le terme « participation aux AVQ » à l'aide de quelques exemples d'AVQ. Nous avons choisi des activités dans les domaines de l'entretien personnel et de la mobilité : « se laver, s'habiller, se coucher » qui sont des activités orientées vers le soin du corps ainsi que « se déplacer » qui est une activité de mobilité. L'activité « préparer les repas » renvoie à une activité instrumentale. Nous avons cherché des activités pouvant être significatives pour la majorité

des patients. Par exemple, « se laver » est une activité importante et connue de tous les patients, même si elle peut revêtir un sens particulier pour chacune des personnes interrogées. Les exemples d'AVQ utilisés auprès des patients renvoient à une conception large des AVQ, incluant les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). De cette manière, notre conception étendue des AVQ est plus proche de la définition de l'occupation, qui inclut les AVQ dans leur dimension sociale, c'est-à-dire nommé[es] au sein d'une culture et qui soutien[nent] la participation à la société (Meyer, 2016). Dans cette partie, des renseignements généraux en lien avec le patient étaient également demandés (âge, sexe, dernier emploi exercé, date d'admission dans le programme de réadaptation en cours, pathologie et date du diagnostic).

Dans une 2^e partie, nous présentions aux patients les échelles utilisées dans notre étude. Dans la mesure où aucune étude n'existait quant au rôle des *mindsets* en ergothérapie (en France et à l'étranger), nous avons dû adapter au contexte des AVQ des instruments existants et, le cas échéant, les traduire en français à l'aide d'un chercheur bilingue (cf. Annexe 1).

2.3.1. Mindsets relatifs aux AVQ

Nous nous sommes appuyés sur une échelle utilisée par Burnette (2010) dans le domaine du contrôle du poids, puis adaptée par la suite dans les domaines de la condition physique (Orvidas *et al.*, 2018), et de la santé en générale (Thomas *et al.*, 2019). Nous avons effectué une traduction de l'instrument original et avons modifié l'attribut étudié « poids » par celui qui est relatif à la « participation aux AVQ ».

L'échelle est composée de 6 questions auxquelles les participants répondent en utilisant une échelle de Likert de 1 (pas du tout d'accord) à 6 (tout à fait d'accord). La moitié des items mesurent une conception fixiste (ex. : « pour être honnête, je ne peux pas vraiment améliorer ma participation aux AVQ », item 4), l'autre moitié mesurant une conception de type améliorable (ex. : « je peux changer considérablement mon niveau habituel de participation aux AVQ », item 6). En accord avec Burnette (2010), les items 1, 2 et 4 ont été recodés afin qu'un score élevé traduise une orientation plus forte vers des croyances améliorables relatives aux AVQ ($\alpha = 0,67$).

2.3.2. Sentiment d'auto-efficacité concernant la participation aux AVQ

Nous avons utilisé la version courte de l'échelle d'auto-efficacité professionnelle de Rigotti *et al.* (2008) pour mesurer le sentiment d'efficacité concernant la participation aux AVQ. Cette échelle d'auto-efficacité professionnelle (*occupational self efficacy*) nous a paru pertinente pour identifier un sentiment d'efficacité dans les occupations. Nous l'avons traduite en français et adapté au contexte des AVQ. Nous avons remplacé le terme de « travail » par « participation aux AVQ » pour le rendre cohérent par rapport à notre *mindset* étudié. C'est une échelle Likert en 6 points allant de 1 (pas vrai du tout) à 6 (totalement vrai). L'échelle comporte six items (ex. : « J'atteins les objectifs que je me suis fixés dans mes activités de la vie quotidienne », item 5). Plus le score est élevé, plus le sentiment d'auto-efficacité est élevé ($\alpha = 0,87$).

2.3.3. Intentions de changement de participation aux AVQ

Nous avons utilisé et adapté au contexte des AVQ l'échelle d'Orvidas *et al.* (2018). C'est une échelle Likert en 5 points allant de 1 (jamais) à 5 (presque tous les jours). L'échelle comporte 2 items concernant l'intention de changer le niveau de participation aux AVQ [...] dans les trente prochains jours et dans les six prochains mois. Plus le score est élevé, plus le patient a l'intention de changer son comportement ($\alpha = 0,97$).

2.3.4. Changement de participation aux AVQ par le passé

Comme précédemment, nous avons utilisé et adapté au contexte des AVQ l'échelle d'Orvidas *et al.* (2018). C'est une échelle Likert en 5 points allant de 1 (jamais) à 5 (presque tous les jours). L'échelle comporte trois items et demande aux patients dans quelle mesure ils estiment avoir changé leur niveau de participation aux AVQ « le mois dernier », « dans les six derniers mois » et « dans l'année écoulée ». Plus le score est élevé, plus la personne estime avoir changé son niveau de participation aux AVQ par le passé ($\alpha = 0,88$).

2.3.5. Engagement dans la gestion de sa santé

Afin de pouvoir mesurer l'engagement du patient dans la gestion de sa santé, nous avons traduit le

« Patient Health Engagement » (PHE). L'échelle comporte 5 items relatifs à l'état de santé des patients vis-à-vis desquels ils doivent se positionner à l'aide d'une échelle en 7 points, dont seulement 4 points sont décrits (ex. : « à propos de mon état de santé », *je me sens confus, je suis en alerte, je suis réactif, je me sens positif*). Chaque item peut être complété en indiquant un des 4 états ou les points intermédiaires entre deux états. En accord avec les recommandations de Graffigna *et al.* (2015), lorsque le patient cochant un point intermédiaire, nous enregistrons sa réponse comme une réponse du point inférieur. Plus le score est élevé, plus le patient est engagé dans la gestion de sa santé ($\alpha = 0,88$).

2.4. Statistiques

L'ensemble des analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 29. Le calcul de la taille de l'échantillon a été effectué à l'aide d'une analyse de puissance statistique réalisée avec le logiciel G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007), afin d'assurer une probabilité de 80 % de détecter un effet de taille moyenne avec un niveau de signification alpha de 0,05. Les résultats ont révélé qu'un échantillon de 21 participants était nécessaire pour avoir une chance raisonnable de détecter des effets. Les analyses descriptives sont présentées sous forme de moyennes et d'écart types. Des corrélations de Pearson ont été effectuées entre les types de *mindsets* et les résultats des différents questionnaires. Des analyses de *bootstrap* ont été utilisées pour évaluer si la relation entre les *mindsets* et l'engagement occupationnel et en matière de santé était médiée par le sentiment d'auto-efficacité en utilisant le module Process de SPSS avec 5000 rééchantillonnages (Hayes, 2013 ; Modèle 4). Le *bootstrap* implique le calcul d'un intervalle de confiance (IC) autour de l'effet indirect (c'est-à-dire le chemin à travers le médiateur). Si la valeur zéro se situe en dehors de l'intervalle, l'effet indirect est statistiquement significatif à $p < 0,05$.

3. Résultats

3.1. Analyses descriptives

Notre population comprenait 29 patients adultes toutes pathologies confondues (14 hommes et 15 femmes) d'une moyenne d'âge de 55 ans ($ET = 13,6$) participant à un programme de

réadaptation en ergothérapie en hospitalisation complète et hospitalisation de jour. Les patients étaient malades en moyenne depuis plus de 5 ans ($M = 1\,943$ jours, $ET = 429$) et avaient débuté leur réadaptation depuis presque 2 mois ($M = 59$ jours, $ET = 21,5$) (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Âge	Sexe	Pathologies	Durée de la maladie	Durée de la réadaptation
55 ans (moyenne)	14 hommes 15 femmes	11 personnes (MNSAC) 17 personnes (MS)	429 jours (médiane) Min (18 jours) Max (15043 jours)	21,5 jours (médiane) Min (2 jours) Max (365 jours)

L'ensemble des données descriptives de l'étude est visible dans le tableau 2. Il apparaît tout d'abord que la moyenne sur l'échelle de *mindsets* est de 3,83, ce qui semblerait attester de croyances plutôt de type améliorable au sein de notre population. En lien, la moyenne de sentiment d'auto-efficacité d'une part ($M = 4,37$; échelle de 1 à 6), ainsi que la moyenne d'intention de changements de changements passés d'autre part ($M = 3,93$ et $M = 3,47$ respectivement, sur une échelle de 1 à 5)

sont également plutôt élevées. Dans la mesure où nos patients étaient inclus dans le programme de réadaptation depuis plus presque deux mois, il semble que cette prise en charge se soit traduite positivement sur ces variables. En revanche, il apparaît que la moyenne sur l'échelle de gestion de la santé est plutôt modeste ($M = 2,89$ sur une échelle de 1 à 7), attestant éventuellement des difficultés persistantes des patients à faire face à leur maladie.

Tableau 2 : Statistiques descriptives

	Mindset ^a	Auto-efficacité ^a	Intentions de changements ^b	Changements passés ^b	Gestion de la santé ^c
N	29	29	29	29	29
Manquants	0	0	0	0	0
Moyenne	3,82	4,37	3,93	3,47	2,89
Médiane	3,83	4,40	4,50	3,67	3,00
Ecart-type	0,91	0,86	1,22	1,19	0,61
Minimum	2,00	2,40	1,00	1,00	1,40
Maximum	5,33	5,80	5,00	5,00	4,00

Note. ^a Les scores peuvent varier entre 1 et 6. ^b Les scores peuvent varier entre 1 et 5. ^c Les scores peuvent varier entre 1 et 7.

3.2. Analyses corrélationnelles

À l'appui de nos trois hypothèses principales (H1, H2ab, H3), les corrélations de Pearson révèlent qu'un *mindset* améliorable plus élevé en matière de participation aux AVQ est corrélé positivement au sentiment d'auto-efficacité ($r = 0,447$, $p = 0,017$), à

la fréquence des changements passés ($r = 0,405$, $p = 0,031$), aux intentions de changements futures ($r = 0,394$, $p = 0,039$) et à l'engagement dans la gestion de la santé ($r = 0,427$, $p = 0,024$). En outre, le sentiment d'auto-efficacité est corrélé positivement à l'engagement dans la gestion de la santé ($r = 0,535$, $p = 0,003$) (voir tableau 3).

Tableau 3 : Matrice de corrélation

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Mindset	—				
2. Auto-efficacité	0,447 *	—			
3. Intention de changements	0,394 *	0,320	—		
4. Changements passés	0,405 *	0,235	0,661 ***	—	
5. Gestion de la santé	0,427 *	0,535 **	-0,015	0,051	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.3. Test de l'effet médiateur de l'auto-efficacité

Des analyses de Bootstrap, il ne ressort aucun effet médiateur de l'auto-efficacité pour l'engagement occupationnel (effets indirects avec IC [-0,19, 0,35] et [-0,28, 0,26] pour intentions de changements et changements passés respectivement) contrairement à l'engagement en matière de santé. En effet, les analyses ont indiqué une relation significative entre les *mindsets* et l'auto-efficacité, $t(28) = 2,55$; $p = 0,017$. À son tour, l'auto-efficacité était un prédicteur significatif de l'engagement en matière de santé, $t(28) = 2,35$, $p = 0,027$. Les résultats du *bootstrap* ont indiqué que l'effet total des *mindsets* sur l'engagement en matière de santé [$t(28) = 2,40$; $p = 0,024$] n'était plus significatif lorsque le médiateur était inclus dans le modèle [effet direct = $t(28) = 1,28$, $p = 0,21$]. De plus, les analyses ont révélé un effet indirect significatif concernant le sentiment d'auto-efficacité, car les IC étaient entièrement au-dessus de zéro (IC [0,13, 0,34]). Ces résultats suggèrent que la relation entre les *mindsets* et l'engagement en matière de santé était entièrement médiée par le sentiment d'auto-efficacité.

3.4. Analyses exploratoires complémentaires

À titre exploratoire, nous avons effectué trois analyses complémentaires. Tout d'abord nous avons comparé les niveaux de *mindsets* entre les femmes ($n = 15$) et les hommes ($n = 14$) afin de déterminer si dans le contexte spécifique des AVQ, il existe une différence entre ces deux populations quant aux croyances relatives à une amélioration potentielle de leurs capacités. La littérature existante dans les autres domaines relatifs à la santé (santé en générale, condition physique, contrôle des émotions, tabagisme) n'a à notre connaissance jamais pris en compte la variable sexe dans ses analyses.

Les résultats du test T de *student* révèlent une différence significative entre les femmes et les hommes ($t = 2,41$, $p = 0,023$, $d = 0,895$). Comme illustré dans la Figure 1 (Fig.1), il apparaît que les femmes ($M = 4,18$; $SD = 0,76$) ont des niveaux de *mindsets* améliorables plus élevés que les hommes ($M = 3,43$; $SD = 0,91$).

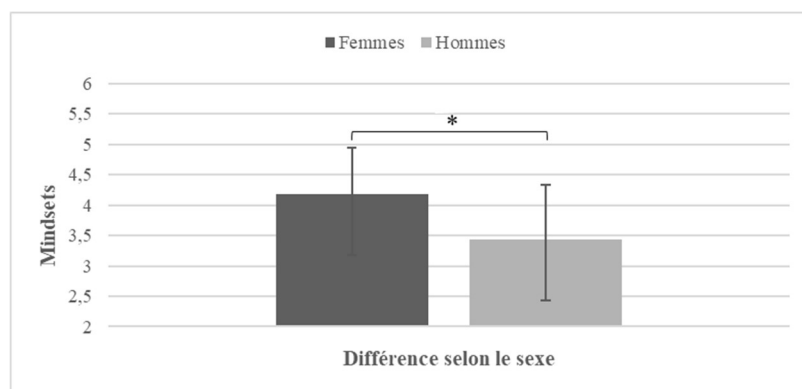


Figure 1. Différences de mindset entre les patients femmes et hommes

Note. * $p < .05$

Ensuite, nous avons comparé les niveaux de *mindsets* en fonction des maladies des patients en lien avec leur caractère irréversible. Pour ce faire nous avons constitué deux groupes en nous appuyant sur la Classification internationale des maladies (CIM-10) du *Bulletin officiel* (2022) et en particulier sur le fait que ces maladies soient présentes ou non au sein de la liste des affections de longue durée (JORF, 2011)². Le groupe labellisé MSNAC ($n = 11$) est composé des « maladies du système nerveux » ainsi que des « maladies de l'appareil circulatoire³ ». L'ensemble des pathologies de ce groupe MSNAC sont classées dans la liste des ALD (Affections de longue durée). Le groupe labellisé MS ($n = 17$) pour « maladies musculosquelettiques » est composé de deux catégories issues de la CIM-10 : les « maladies du

système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif⁴ » et les « lésions traumatiques, empoisonnement et autres conséquences de causes externes ». Dans ce groupe, les maladies représentées sont rarement considérées comme une ALD.

Les résultats du test T de *student* révèlent une différence qui approche le seuil de significativité entre le groupe MSNAC et MS ($t = -1,62$, $p = 0,059$, $d = -0,625$). Comme illustré dans la Figure 2 (Fig.2), il apparaît que les patients du groupe « maladies musculosquelettiques » ($M = 3,94$; $SD = 0,79$) ont des niveaux de *mindsets* améliorables plus élevés que les patients du groupe « maladies du système nerveux et de l'appareil circulatoire » ($M = 3,73$; $SD = 0,99$).

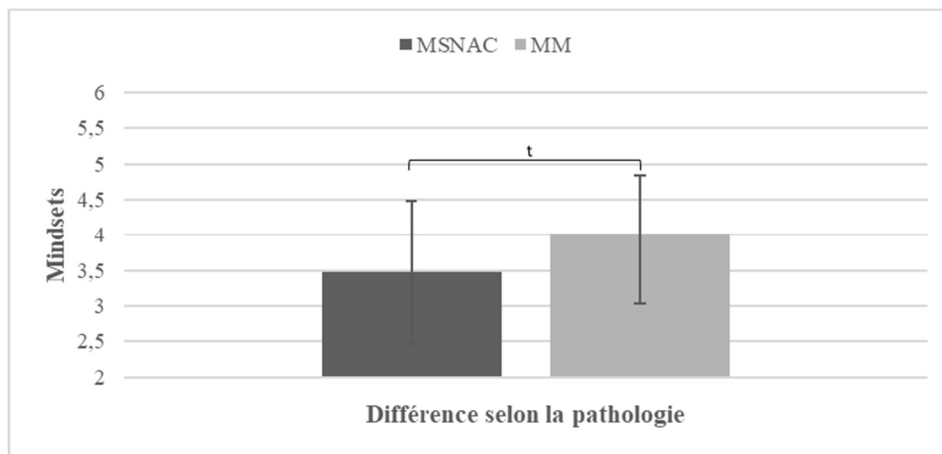


Figure 2. Différences de mindset selon la pathologie des patients : maladies du système nerveux ou de l'appareil circulatoire (MSNAC) vs. maladies musculosquelettiques (MM)

Note. ^t $p < .06$. MSNAC = maladies du système nerveux et de l'appareil circulatoire ; MM = maladies musculosquelettiques

². Nous avons exclu un patient de notre classification en deux groupes qui avait une maladie infectieuse (zona). Le zona correspondant en effet selon la CIM-10 à « certaines maladies infectieuses et parasitaires » et ne pouvait par conséquent pas être apparié à l'un de nos deux groupes.

³. Au sein de notre population, les « maladies du système nerveux » regroupent des pathologies en lien avec le système nerveux central comme la sclérose en plaques et d'autres pathologies en lien avec le système nerveux périphérique : Guillain Barré, dystrophie myotonique, myopathie spinale. Les « maladies de l'appareil

circulatoire » comprennent dans notre population des personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral invalidant, correspondant à une pathologie du système nerveux central.

⁴. Parmi les patients de cette étude, les « maladies musculosquelettiques » concernent les personnes ayant une spondylarthrite ankylosante, une lombalgie chronique, un syndrome douloureux régional complexe, une discopathie, une hernie discale, une prothèse à l'épaule.

Enfin, nous avons comparé les niveaux de *mindsets* entre les groupes de patients qui avaient ($n = 12$) ou pas ($n = 17$) suivi au préalable un programme de réadaptation. Les résultats du test T de *student* ne révèlent aucune différence significative entre les deux groupes ($t = 0,634$, $p = 0,531$, $d = -0.239$).

4. Discussion

L'objectif de cette étude exploratoire était d'analyser pour la première fois le rôle des *mindsets* dans le champ de l'ergothérapie, répondant ainsi à un appel de la communauté des professionnels de santé de s'intéresser aux prédispositions individuelles dans la prise en charge du patient. Plus spécifiquement, il s'agissait de voir dans quelle mesure ces croyances potentiellement limitantes dont peuvent être porteurs les patients sont liées à leur engagement dans les occupations. Dans la mesure où les AVQ sont un élément fondamental de la prise en charge, nous avons choisi de mesurer les *mindsets* des patients concernant leur « participation aux AVQ ».

Dans l'ensemble les résultats sont en accord avec nos hypothèses. Nous observons en effet un lien positif entre *mindsets* améliorables en matière de participation aux AVQ, sentiment d'auto-efficacité, fréquence des changements passés, intentions de changements futures et engagement dans la gestion de la santé. Ainsi, à l'instar d'autres domaines relatifs à la santé (e.g., contrôle du poids, tabagisme, gestion des émotions), la croyance sur soi-même que « tout est joué d'avance » ou au contraire que des « voies d'amélioration sont envisageables » pourrait être importante à prendre en compte pour faciliter l'accompagnement du patient. En outre, le sentiment d'auto-efficacité semble jouer un rôle central dans la relation entre *mindset* améliorable et engagement dans la gestion de la santé comme le montrent nos analyses de médiation. Même si ce résultat mérite d'être confirmé dans le cadre d'études futures, il est en accord avec la proposition d'Orvidas *et al.* (2018) quant au rôle médiateur joué par cette variable.

Dans cette perspective, il apparaît dans nos données que les femmes seraient plus à même que les hommes d'adopter une vision améliorable de leurs compétences, ce qui pourrait donner lieu par

la suite à un engagement plus soutenu dans la réadaptation se traduisant par des niveaux d'efforts déployés plus importants, des attitudes plus positives envers les conseils émis ainsi qu'une réduction de la détresse psychologique en cas d'échec (Burnette *et al.*, 2020). Ce résultat très exploratoire, mérite d'être confirmé pour fournir des hypothèses d'explications plus précises par la suite. De plus, les patients porteurs de maladies dont le caractère irréversible semble moins avéré (ici maladies musculosquelettiques comparativement aux maladies du système nerveux et de l'appareil circulatoire) seraient plus à même d'améliorer leur participation aux AVQ. Idéalement, nous pensons que l'individualisation de la prise en charge devrait passer en partie par la prise en compte de ces facteurs, bien qu'aucune étude à ce jour ne valide cette proposition.

Limites

Notre étude présente un certain nombre de limites qui devront être prises en compte dans le cadre d'études futures. Tout d'abord, la taille relativement modeste de notre échantillon de patients ($N = 29$), bien qu'elle permette de détecter un effet de taille moyenne avec une probabilité de 80 %, nous invite à faire preuve de prudence dans l'interprétation de nos résultats. Cela met en lumière les difficultés auxquelles sont souvent confrontés les chercheurs voulant interroger des patients en soins courants. Ensuite, notre recherche est une étude transversale non contrôlée. Par conséquent, notre étude exploratoire, par son design, nous a permis d'établir des liens corrélationnels et non des relations de causalité entre *mindset* et engagement. Tester des liens de causalité nécessiterait de réaliser une étude dite interventionnelle en comparant un groupe contrôle et expérimental, ainsi qu'une affectation aléatoire des patients à l'un de ces deux groupes. Dans le domaine éducatif, un nombre croissant d'études (voir Dweck et Yeager, 2020) révèle depuis une dizaine d'années qu'une intervention reposant sur une modification des *mindsets* vers le pôle améliorable permet par exemple d'accroître la motivation à apprendre d'adolescents en éducation spécialisée (Rhew *et al.*, 2018) ou l'engagement d'élèves en mathématiques (Blackwell *et al.*, 2007).

Au regard des limites de notre étude exploratoire, et dans la perspective d'implémenter une intervention psychosociale efficace (Cohen et Garcia, 2014 ; Yeager et Walton, 2011), différents critères pourraient être importants à prendre en compte par les chercheurs et professionnels de santé pour amener progressivement les patients à réaliser que leurs compétences ne sont pas définitivement figées :

- Cibler une population précise (e.g., hommes porteurs d'ALD) pour adapter l'intervention. Dans notre étude, nous avons réalisé des analyses *a posteriori* pour comparer, d'un côté, les hommes et les femmes, et, de l'autre, les personnes souffrant de maladies de type musculosquelettique ou du système nerveux et de l'appareil circulatoire.
- Avoir un *timing* adéquat : les interventions psychosociales seraient plus efficaces lors de périodes de transitions (e.g., début du programme de réadaptation). Dans la présente étude, les questionnaires ont été complétés à différents moments de la réadaptation et donc ce facteur n'était pas contrôlé.
- Avoir un contexte approprié : l'intervention doit se dérouler dans un lieu habituel et cohérent pour la population ciblée (e.g., en cabinet, en clinique, faite par les professionnels de santé habituels, à domicile). Nos questionnaires ayant été remplis dans des lieux différents, à domicile ou à l'hôpital, nous pouvons supposer que les lieux de passations influencent l'auto-évaluation en mobilisant des identités différentes pouvant modifier la perception de soi (Turner, Hogg, Oakes, Reicher, & Wetherell, 1987).
- Cadrer l'intervention comme une opportunité d'apprentissage à saisir plus que comme une « simple » aide supplémentaire. La Haute Autorité de santé (HAS) recommande justement de soutenir l'engagement des patients dans leurs propres soins ou projets de vie, à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique en développant notamment les programmes d'ETP (HAS, 2020).

Nous avons dans notre étude cherché à caractériser l'engagement du patient, grâce à une échelle courte de changements passés et d'intentions futures de changements (Orvidas *et al.*, 2018), ainsi que par

une échelle mesurant l'engagement du patient dans la gestion de sa santé. Notre étude évaluait la participation dans certaines AVQ, mais il est difficile de déterminer si celles-ci ont été perçues comme des occupations par les participants. Il serait intéressant de caractériser non pas une intention ou « prédiction » d'engagement du patient à travers la « participation aux AVQ », mais l'engagement réel du patient à travers ses occupations grâce à d'autres outils utilisés en ergothérapie, comme le MOHOST (Kielhofner *et al.*, 2010) ou la MCRO (Law *et al.*, 2014), par exemple. Pour cela, une étude longitudinale pourrait être envisagée afin de mesurer une évolution de l'engagement du patient dans le temps. En outre, l'utilisation par tous les ergothérapeutes participants à l'étude, d'un même outil faisant référence à un paradigme défini, permettrait d'homogénéiser le type de réadaptation reçu par les patients, renforçant ainsi un contrôle du contexte de l'intervention.

5. Conclusion

La prise en compte des *mindsets* des patients semble utile pour évaluer leur disposition à participer aux AVQ. En ergothérapie, cette approche pourrait permettre :

- d'identifier le moment optimal pour la réadaptation en fonction de la motivation du patient et des recommandations de prise en charge de sa pathologie ;
- d'adapter les séances en fonction de l'intention d'engagement du patient, en renforçant la relation thérapeutique si nécessaire. En effet, Verberg et collaborateurs (2022) ont montré chez des adolescents déficients intellectuels qu'une intervention sur les *mindsets* a des effets positifs sur l'alliance thérapeutique ;
- de planifier les visites à domicile lorsque le patient est le plus enclin à s'engager dans ses occupations, en tenant compte des effets positifs des *mindsets* améliorables sur la motivation et l'engagement (Betsy, 2018) ;
- d'éviter de nourrir un *mindset* de type fixiste en adaptant les pratiques professionnelles, car la pratique systématique de l'évaluation par exemple peut diminuer l'engagement du patient (Dweck et Yeager, 2020). En effet, il a été montré par exemple dans un contexte académique que

les feedbacks négatifs en termes de notes avaient tendance à favoriser des stratégies non fonctionnelles (e.g. impuissance) entraînant des émotions négatives ;

- o de définir des objectifs de réadaptation accessibles en accord avec le *mindset* du patient, en évitant de fixer des objectifs difficiles qui pourraient diminuer l'engagement, et en se concentrant plutôt sur des objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporel) à court terme.

Pour conclure, un patient anonyme atteint du syndrome de Guillain-Barré, a écrit sur son questionnaire « ne dépend pas de moi, dépend de la maladie ». Vraisemblablement, ce patient serait porteur d'un *mindset* de type fixiste qui l'amène à considérer que c'est la maladie qui détermine majoritairement sa participation aux AVQ. Identifier le type de *mindsets* dans lequel se trouve le patient

à un instant T, puis les modifier le cas échéant, pourrait permettre d'affiner la prise en charge ergothérapique et ainsi mieux aider les patients à développer une vision positive d'eux-mêmes et de leur potentiel de rétablissement.

Remerciements

Les auteurs remercient l'hôpital J. Rebeyrol de Limoges ainsi que le Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle André-Lalande de Noth, et en particulier les ergothérapeutes pour leur implication dans la passation des questionnaires. Nous remercions également l'ensemble des patients pour leur participation à cette étude.

Déclarations d'intérêts

Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.

Bibliographie

- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology, 88*, 87-99. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>
- Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E., & Bosio, A. C. (2014). The challenges of conceptualizing patient engagement in health care: A lexicographic literature review. *The Journal of Participatory Medicine, 6:e9*
- Betsy, N. G. (2018). The neuroscience of growth mindset and intrinsic motivation. *Brain Sciences, 8*, Article 2. <https://doi.org/10.3390/brainsci8020020>
- Blackwell, L. S., Trzesniewski, K. H., & Dweck, C. S. (2007). Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: A longitudinal study and an intervention. *Child Development, 78*, 246-263. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00995.x>
- Bulletin officiel (2022). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10 FR A USAGE PMSI* (publication n° 2022/9 bis). <https://sante.gouv.fr/fichiers/bos/2022/2022.9bis.BOS.pdf>
- Bunda, K., & Busseri, M. A. (2017). Lay theories of health, self-rated health, and health behavior intentions. *Journal of Health Psychology, 24*, 979-988. <https://doi.org/10.1177/1359105316689143>
- Burnette, J. L. (2010). Implicit theories of body weight: Entity beliefs can weigh you down. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*, 410-422. <https://doi.org/10.1177/0146167209359768>
- Burnette, J. L., Knouse, L. E., Vavra, D. T., O'Boyle, E., & Brooks, M. A. (2020). Growth mindsets and psychological distress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 77*, 101816. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101816>
- Caire, J.-M. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. De Boeck Supérieur.
- Cloutier, C., Poulin, M.-M., & Sauvé, M. (2018). *Classification internationale. Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH)*. RIPPH. <https://www.decitre.fr/livres/classification-internationale-9782922213614.html>

- Code de l'action sociale et des familles (mai 2024). *Article Annexe 2-5*.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069/
- Cohen, G. L., & Garcia, J. (2014). Educational theory, practice, and policy and the wisdom of social psychology. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 1, 13-20. <https://doi.org/10.1177/2372732214551>
- Congard, A., Le Vigouroux, S., Antoine, P., Andreotti, E., & Perret, P. (2022). Psychometric properties of a French version of the Implicit Theories of Emotion Scale. *European Review of Applied Psychology*, 72, 100728. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2021.100728>
- Dweck, C. S. (2010). *Changer d'état d'esprit : une nouvelle psychologie de la réussite*. Editions Mardaga.
- Dweck, C. S., & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95, 256-273. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.95.2.256>
- Dweck, C. S., & Yeager, D. S. (2020). A growth mindset about intelligence. In G. M. Walton & A. J. Crum (Eds.), *Handbook of wise interventions: How social psychology can help people change* (pp.9-35). The Guilford Press.
- Ehrlinger, J., Burnette, J. L., Park, J., Harrold, M. L., & Orvidas, K. (2017). Incremental theories of weight and healthy eating behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 47, 320-330. <https://doi.org/10.1111/jasp.12439>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <http://dx.doi.org/10.3758/BF03193146>
- Graffigna, G., Barello, S., Bonanomi, A., & Lozza, E. (2015). Measuring patient engagement: Development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00274>
- Haute Autorité de Santé (2020). *Certification des établissements de santé—Fiche pédagogique—Engagement patient et usager*.
- Hayes, A. F. (2013). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling. Retrieved from <http://www.afhayes.com/public/process.pdf>
- Issaieva, É. (2013). Les conceptions de l'intelligence chez les élèves en fin du primaire en France. *Enfance*, 4, 393-413. <https://doi.org/10.3917/enf1.134.0393>
- James, A. (2014). Activities of daily living and instrumental activities of daily living. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (pp. 538-578). https://soundideas.pugetsound.edu/faculty_pubs/1702
- Journal Officiel de la République Française (janvier 2011). *Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré* (publication n° 0017). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/JO/2011/01/21/0017https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Journal officiel de la République française (juillet 2010). *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute* (publication n° 0156). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., et Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL1. *The Gerontologist*, 10, 20-30. https://doi.org/10.1093/geront/10.1_Part_1.20
- Kielhofner, G., Fan, C.-W., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., Forsyth, K., Lee, S. W., & Taylor, R. R. (2010). A psychometric study of the model of human occupation screening tool (Mhost). *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20, 63-70. <https://doi.org/10.1016/S1569-18611170005-5>
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). *The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measure for occupational therapy*. CAOT Publications ACE.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Meyer, S. (2016). *Hanneke van Bruggen*. Conférence ENOTHE.

- Morel-Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- OMS (Éd.) (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*.
- Orvidas, K., Burnette, J. L., & Russell, V. M. (2018). Mindsets applied to fitness: Growth beliefs predict exercise efficacy, value and frequency. *Psychology of Sport and Exercise*, 36, 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.02.006>
- Orvidas, K., Burnette, J. L., Schleider, J. L., Skelton, J. A., Moses, M., & Dunsmore, J. C. (2020). Healthy body, healthy mind: A mindset intervention for obese youth. *The Journal of Genetic Psychology*, 181, 443-457. <https://doi.org/10.1080/00221325.2020.1796573>
- Parent, M. C., & Alquist, J. L. (2016). Born fat: The relations between weight changeability beliefs and health behaviors and physical health. *Health Education & Behavior*, 43, 337-346. <https://doi.org/10.1177/1090198115602266>
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Rhew, E., Piro, J. S., Goolkasian, P., & Cosentino, P. (2018). The effects of a growth mindset on self-efficacy and motivation. *Cogent Education*, 5, 1492337. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2018.1492337>
- Rigotti, T., Schyns, B., et Mohr, G. (2008). A short version of the occupational self-efficacy scale: Structural and construct validity across five countries. *Journal of Career Assessment*, 16, 238-255. <https://doi.org/10.1177/1069072707305763>
- Schroder, H. S. (2021). Mindsets in the clinic: Applying mindset theory to clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 83, 101957. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101957>
- Schyns, B., et von Collani, G. (2002). A new occupational self-efficacy scale and its relation to personality constructs and organizational variables. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11, 219-241. <https://doi.org/10.1080/13594320244000148>
- Shelton, E., et al. (2021). Engagement and adherence with a web-based prehabilitation program for patients awaiting abdominal colorectal surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 25, 3198-3207. <https://doi.org/10.1007/s11605-021-05171-2>
- Soeker, M. S. (2012). The development of the Model of Occupational Self Efficacy: An occupational therapy practice model to facilitate returning to work after a brain injury. *Work*, 43, 313-322. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1412>
- Thai, C. L., Coa, K. I., & Kaufman, A. R. (2018). Implicit theories of smoking and association with current smoking status. *Journal of Health Psychology*, 23, 1234-1239. <https://doi.org/10.1177/1359105316648483>
- Thomas, F. N., Burnette, J. L., & Hoyt, C. L. (2019). Mindsets of health and healthy eating intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 49, 372-380. <https://doi.org/10.1111/jasp.12589>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT).
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorisation theory*. New York: Basil Blackwell.
- Verberg, F., Helmond, P., Otten, R., & Overbeek, G. (2022). Effectiveness of the online mindset intervention « The Growth Factory » for adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 35, 217-230. <https://doi.org/10.1111/jar.12941>
- Yeager, D. S., Hanselman, P., Walton, G. M., Murray, J. S., Crosnoe, R., Muller, C., Tipton, E., Schneider, B., Hulleman, C. S., Hinojosa, C., Paunesku, D., Romero, C., Flint, K., Roberts, A., Trott, J., Iachan, R., Buontempo, J., Man Yang, S., Carvalho, C. M. ... & Dweck, C. S. (2019). A national experiment reveals where a growth mindset improves achievement. *Nature*, 573, 364-369. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1466-y>
- Yeager, D. S., & Walton, G. M. (2011). Social-psychological interventions in education: They're not magic. *Review of Educational Research*, 81, 267-301. <https://doi.org/10.3102/0034654311405999>

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Lisez chaque phrase ci-dessous, puis entourez le chiffre qui indique dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque énoncé. Entourez le chiffre qui correspond à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 « Pas du tout d'accord » à 6 « Totalemment d'accord ».

	<u>Pas du tout d'accord</u>	<u>Pas d'accord</u>	<u>Pas trop d'accord</u>	<u>Plutôt d'accord</u>	<u>D'accord</u>	<u>Totalemment d'accord</u>
1. J'ai un certain niveau de participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer préparer les repas) et je ne peux pas faire grand-chose pour le changer.	1	2	3	4	5	6
2. Ma capacité à participer aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas) est quelque chose que je ne peux pas beaucoup changer.	1	2	3	4	5	6
3. Peu importe qui je suis, je peux considérablement changer ma participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer préparer les repas).	1	2	3	4	5	6
4. Pour être honnête, je ne peux pas vraiment améliorer ma participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas).	1	2	3	4	5	6
5. Je peux changer substantiellement ma participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer préparer les repas).	1	2	3	4	5	6
6. Je peux changer considérablement mon niveau habituel de participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas).	1	2	3	4	5	6

Lisez chaque phrase ci-dessous, puis entourez le chiffre qui indique dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque énoncé. Entourez le chiffre qui correspond à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 « Pas vrai du tout » à 6 « Totalemment vrai ».

	<u>Pas vrai du tout</u>	<u>Pas vrai</u>	<u>Pas trop vrai</u>	<u>Plutôt vrai</u>	<u>Vrai</u>	<u>Totalemment vrai</u>
1. Je peux rester calme face aux difficultés quand je participe à mes activités de la vie quotidienne parce que je peux compter sur mes capacités.	1	2	3	4	5	6
2. Quand je suis confronté à un problème concernant ma participation à mes activités de la vie quotidienne, je peux généralement trouver plusieurs solutions.	1	2	3	4	5	6
3. Quoi qu'il arrive lorsque je participe à mes activités quotidiennes, je peux généralement le gérer.	1	2	3	4	5	6
4. Mes expériences passées dans mes activités de la vie quotidienne m'ont bien préparé à des changements dans ma participation.	1	2	3	4	5	6
5. J'atteins les objectifs que je me suis fixés dans mes activités de la vie quotidienne.	1	2	3	4	5	6
6. Je me sens préparé pour la plupart des imprévus quand je participe à mes activités de la vie quotidienne.	1	2	3	4	5	6

Lisez chaque phrase ci-dessous, puis entourez le chiffre qui indique dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque énoncé. Entourez le chiffre qui correspond à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 « Jamais » à 5 « Presque tous les jours ».

	<u>Jamais</u>	<u>De temps en temps</u>	<u>Toutes les semaines</u>	<u>Plusieurs fois par semaine</u>	<u>Presque tous les jours</u>
1. A quelle fréquence avez-vous l'intention de changer votre niveau de participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas) durant le prochain mois (les 30 prochains jours) ?	1	2	3	4	5

	<u>Jamais</u>	<u>De temps en temps</u>	<u>Toutes les semaines</u>	<u>Plusieurs fois par semaine</u>	<u>Presque tous les jours</u>
2. A quelle fréquence avez-vous l'intention de changer votre niveau de participation aux activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coucher, se déplacer, préparer les repas) durant les six prochains mois ?	1	2	3	4	5

Lisez chaque phrase ci-dessous, puis entourez le chiffre qui indique dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque énoncé. Entourez le chiffre qui correspond à ce que vous pensez sur une échelle allant de 1 « Jamais » à 5 « Presque tous les jours ».

1. Dans quelle mesure estimez-vous avoir changé votre niveau de participation aux activités de la vie quotidienne par le passé ?

	<u>Jamais</u>	<u>De temps en temps</u>	<u>Toutes les semaines</u>	<u>Plusieurs fois par semaine</u>	<u>Presque tous les jours</u>
- Le mois dernier	1	2	3	4	5
- Dans les 6 derniers mois	1	2	3	4	5
- Dans l'année écoulée	1	2	3	4	5