



Empowerment du patient atteint de mucoviscidose : un système entre dépendance et autonomie. Comment améliorer le bien-être du patient ?

Shazia Kassamaly
Laboratoire NIMEC
Université de Rouen Normandie

Sondès Zouaghi
Laboratoire NIMEC
Université de Rouen Normandie

Résumé :

L'éducation thérapeutique des patients atteints de mucoviscidose se fait en grande partie dans des centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose. Le patient est souvent entouré des mêmes acteurs et est tiraillé entre prise de pouvoir sur sa maladie et dépendance face à des acteurs omniprésents depuis sa naissance. Comment ce système agit-il sur l'empowerment du patient atteint de mucoviscidose ? Pour répondre à cette question, onze praticiens et six patients ont été interrogés suivant une méthode inductive. L'apprentissage dès le plus jeune âge et l'accès aux informations, responsabilisent le patient et lui donnent le pouvoir sur ses soins. Cette recherche permet de soulever la question du rôle des acteurs de ce système dans l'autonomisation du patient à travers la mobilisation de la théorie de l'empowerment. L'étude permet de comprendre comment la situation de liminalité est vécue par les patients et influence le comportement des différents acteurs.

Mots-clés : empowerment du patient, CRCM, mucoviscidose, éducation thérapeutique, liminalité, marketing social, marketing de la santé

Abstract:

Therapeutic education of cystic fibrosis patients is mostly done in cystic fibrosis resource and competence centers. The patient is often surrounded by the same actors and is torn between taking power over his disease and depending on the actors present since birth. How does this system affect the empowerment of cystic fibrosis patients? To answer this question, eleven practitioners and six patients were interviewed using an inductive method. Early learning and access to information empower patients and give them control over their care. This research raises the question of the role of the actors in this system in empowering patients through the mobilization of empowerment theory. The study allows us to understand how the situation of liminality is experienced by patients and influences the behavior of the different actors.

Key words: patient empowerment, CRCM, cystic fibrosis, therapeutic education, liminality, social marketing, health marketing

Empowerment du patient atteint de mucoviscidose : un système entre dépendance et autonomie. Comment améliorer le bien-être

INTRODUCTION

Cette recherche s'inscrit en marketing de la santé et tente de comprendre le vécu des personnes atteintes de mucoviscidose dans un contexte très particulier où un système de prise en charge et d'influences multiples existe. Le patient étant au cœur de la démarche de soin, le but est de favoriser une médecine mieux marketée en prenant en compte les besoins de la personne profitant de ce service et ainsi, d'améliorer son bien-être.

La mucoviscidose est une maladie génétique chronique, qui touche principalement les poumons et qui est liée à une anomalie du gène codant la protéine CFTR. L'eau est moins sécrétée au niveau des muqueuses et le mucus s'épaissit entraînant les symptômes de la maladie. Elle touche, entre autres, les fonctions respiratoires et digestives. Cela engendre un lourd traitement d'inhalation fluidifiant et d'antibiotiques pour contrer les germes qui se développent dans les muqueuses. Des séances quotidiennes avec un kinésithérapeute et une gestion des nids de contaminations au domicile familial sont organisées. La maladie étant invisible, le quotidien est d'autant plus difficile. Depuis 2002, les maternités de France imposent un dépistage permanent à la naissance, ce qui permet aux patients d'être suivis au plus tôt dans un CRCM¹, au sein d'un CHU². Il en existe quarante-cinq en France qui permettent un accès facile et rapide aux différents domaines mobilisés par les patients tels que la kinésithérapie, la nutrition, la gastro-entérologie, la diabétologie, la psychologie, etc. L'espérance de vie étant plus élevée qu'il y a quelques années, de nouvelles problématiques se posent et la question de l'autonomisation des patients adolescent puis adulte devient centrale. De nouveaux modes de prise d'informations par les patients leur permettent également une nouvelle approche de la maladie en complément de cette éducation partagée qui leur permet de devenir acteurs de leur santé. Même s'il s'agit officiellement d'aider le patient à devenir autonome face à sa maladie, il n'en reste pas moins que chaque acteur du système a ses habitudes et sa zone d'influence.

Une recherche exploratoire menée sur 6 patients et 11 soignants et membres d'associations a permis de comprendre qu'un jeu d'influence et de pouvoir se jouait autour du patient et que la situation vécue oscille entre empowerment et dépendance. Cette dépendance est due au statut très particulier que vivent les malades ni tout à fait malade ni tout à fait guéris. Cet entre-deux, décrit dans le concept de liminalité, encourage les parties prenantes à continuer à jouer leurs rôles supports aux malades et les installe dans le rôle de malade. Ceci alors que les politiques sanitaires souhaitent augmenter leur autonomisation. Cette recherche a donc pour ambition de comprendre, en mobilisant la théorie de l'empowerment, comment cette situation liminale est vécue par les patients atteints de mucoviscidose et comment les diverses parties prenantes les aident ou les contraignent dans l'acquisition d'une certaine autonomie.

Fondements théoriques

L'annonce à la naissance de la maladie poussent les parents à développer une expertise auprès des médecins et des associations. Le système autour du patient n'est donc pas composé uniquement du corps médical et doit prendre en considération un ensemble d'acteurs. Fréquemment, lors de la transition qui constitue le passage du centre de ressources en pédiatrie vers la pneumologie adulte, le patient tente de se libérer de ce système. Le corps médical met en place des programmes d'éducation pour amener progressivement à l'empowerment du

¹ Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose

² Centre Hospitalier Universitaire

patient (Pélicand et al, 2009). La démarche d'empowerment, développée notamment dans le milieu de la santé et des services sociaux (Ambroise et al., 2015 ; Rappaport, 1987) vise à donner plus de pouvoir d'action aux patients. Bien que développée dans le contexte des inégalités sociales, la notion d'empowerment peut s'appliquer à tout individu en situation de devoir agir (Ninacs, 2008). L'empowerment peut être individuel ou collectif (communauté ou organisation) et fait référence à une démarche de prise de pouvoir pour agir dans un sens souhaité. Dans cette recherche et en marketing plus généralement, les travaux se concentrent sur l'empowerment individuel que certains appellent empowerment psychologique ou motivationnel (Ambroise et al, 2015). Rappaport (1987), dans le champ de la psychologie, montre que l'empowerment individuel opère sur quatre plans imbriqués : la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique. Or, la situation d'entre-deux que vivent les patients atteints de la mucoviscidose les aide-t-elle à se construire une image positive vers l'autonomie ?

Cet état d'entre-deux se définit comme étant un état de liminalité. Le terme est utilisé dans la littérature pour parler de l'état d'entre-deux. La notion de liminalité a été développée par van Gennep (1981 [1909]) qui s'y intéresse dans une perspective transitoire. Le moment précis du passage d'un état à un autre. D'autres chercheurs, comme Murphy (2001 [1987]) et Little et al. (1998), ayant travaillé sur les questions du handicap considèrent que l'état de liminalité peut être permanente. L'individu peut en effet se heurter à un état de suspension sociale et identitaire prolongée, une liminalité sans fin qui le contraint à être définitivement placé entre deux mondes (Blanc, 2012). Dans le cas des patients de la mucoviscidose en situation d'autonomisation, une triple liminalité existe, l'adolescence, le passage des services médicaux enfant aux services médicaux adultes (Turner 1990) et le fait d'être ni totalement guéri ni totalement malade. L'enfermement dans un état permanent de liminalité (Thomassen, 2009) pourrait pousser à se tourner vers des communautés de pairs représentées ici par les associations qui donnent un sentiment de sécurité. Selon Turner (1967), la liminalité peut, lorsqu'elle est partagée, déboucher sur un sentiment de *communitas*. Un patient avec un handicap invisible apparaît aux yeux du monde comme une personne sans maladie. Or, il se sent différent de ses pairs (Lemerle-Gruson, 2010). Dans ce cas, la structure sociale est temporairement supplantée par une « anti-structure » à travers laquelle, d'une part, des liens forts se tissent entre les individus et, d'autre part, les barrières sociales se dissipent. Pour comprendre ces différentes positions auxquelles le patient atteint de mucoviscidose est confronté, une recherche exploratoire a été menée.

Méthodologie

Des entretiens qualitatifs semi-directifs à instrumentalisation faible ont été menés, le but étant de laisser libre cours à la pensée de la personne interviewée, le rôle du chercheur était uniquement de relancer et de faire des synthèses partielles. Cette méthode est utilisée lorsqu'il y a peu de littérature sur le sujet comme c'est le cas aujourd'hui étant donné la nouveauté du sujet. La méthode inductive a pour avantage de permettre de « ne pas tomber dans ce piège où l'on installe la théorie d'entrée de jeu et où les faits, trop aisément manipulables, se cantonnent dans un rôle d'illustration-confirmation » (Kaufmann, 2001). Une attention particulière a été portée sur le fait de garder l'esprit ouvert pour ne négliger aucune direction que prendra la recherche. Une introspection a dû être réalisée pour prendre conscience des croyances déjà établies par un chercheur en situation d'handicap et pour qu'elles ne desservent pas la recherche. Pour cela, une thérapie par un coach de vie est suivie et le parcours de soin a été conscientisé par l'écriture. Le concept d'insider a également été mobilisé. Le partage d'expérience du chercheur a permis d'établir une confiance avec la personne interviewée et a un impact sur la durée des entretiens. Les communautés étant homogènes, une meilleure

compréhension n'est pas garantie (Girard, 2015). Pourtant, ce nouveau positionnement constitue un point de vue, qui accroît la dynamique de production de connaissances.

11 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 6 patients et 9 praticiens au sein des hôpitaux et 2 membres externes aux parcours de soin. L'objet de recherche peut ainsi être redéfini tout au long de la collecte et de l'analyse des données (Garreau et al., 2010). L'objet premier de cette recherche est le patient atteint de mucoviscidose et des thèmes très généraux ont été définis à la suite du Colloque des jeunes chercheurs organisé par l'association Vaincre la Mucoviscidose : les relations du patient avec la maladie, avec les associations, avec les médicaments, avec la famille, avec le corps médical et avec la recherche. Les apports des différents entretiens ont permis de faire évoluer le guide. L'approche des patients étant délicate et disparate en fonction de l'association à différents CRCM et associations de patients, les entretiens ont été établis selon un échantillonnage boule de neige. Une première analyse des entretiens a permis de mettre en lumière des liens entre empowerment et liminalité. Pour se faire, les entretiens ont été entièrement retranscrits à la main puis les éléments récurrents ont été extraits et analysés plusieurs fois et les dires des différents acteurs comparés. Les facteurs d'hétérogénéités de l'échantillon ont également été pris en compte pour mettre en lumière les différences selon les régions ou l'âge de la personne interrogée.

Principaux résultats

Les entretiens mettent en lumière l'implication du corps médical dans l'apprentissage des règles d'hygiène strictes qui sont suivies à la lettre jusqu'au point où certains patients ne se posent pas la question de savoir pourquoi elles sont mises en place. Une patiente explique, en citant son médecin, que ce sentiment est dû à un relâchement du patient sur la prise de pouvoir sur sa maladie :

« certains patients en fait même si tu essayes de faire de la décision partagée avec eux, en fait ils y arrivent pas parce que en fait ils sont tellement submergés par le truc en fait, ils te disent non bah je vous fais confiance, on fait ce que vous voulez » et du coup cette version un peu paternaliste des médecins pour certains patients ça leur va très bien » (Odile³, 33 ans).

Pourtant, les membres de ce système relèvent le fait que les patients ne doivent pas être infantilisés pour avoir le pouvoir de décision sur leur maladie.

« En gros, on estime que les patients sont les plus à même à savoir c'est quoi leur qualité de vie et c'est quoi leur qualité des soins qu'ils aimeraient » (Odile, 33 ans). *« elle [la psychologue] était très protectrice, un petit peu comme les parents si vous voulez et je pense qu'il faut y aller avec tact et mesure mais de trop protéger. »* (membre de la pathologie professionnelle).

Le déséquilibre entre empowerment et enfermement pousse certains patients à rejeter la maladie ou à se reposer sur les acteurs ce qui crée une dépendance plutôt que l'autonomie cherchée :

« Il y en a qui connaissent plein de choses, qui connaissent pas grand chose parce qu'ils n'ont pas eu envie de s'intéresser ou parce qu'ils ont des parents qui faisaient tout à leur place » (kinésithérapeute).

Lorsque le parent doit laisser la place à son enfant qui reprend le pouvoir sur ses soins, plusieurs types de comportements sont décrits. Certains patients reprennent le pouvoir en acquérant de l'expertise pour se sentir plus légitime. Ce comportement n'est pas toujours soutenu par le corps médical.

« Je travaille dans la recherche, j'avais accès à tous les articles scientifiques donc en fait quand j'étais pas d'accord avec un truc bah j'allais chercher tous les articles

³ Les noms ont été modifiés pour garder l'anonymat

scientifiques qui disaient le contraire de ce qu'il disait » (Odile, 33 ans), « Il y a quand même pas mal de médecins qui préfèrerait que ce soit beaucoup plus simple et que leurs patients fassent exactement ce qu'ils veulent », « c'est ce que j'ai ressenti c'est que c'est le patron et c'est lui qui décide » (Odile, 33 ans).

Cette perte de pouvoir est parfois mal vécue par les patients qui y voient une forme d'injustice. « *Vous allez avoir des gens qui vont complètement occulter la maladie et surtout à un âge, à l'adolescence où il y a un fort sentiment, qu'on comprend très bien, d'injustice » (kinésithérapeute). « Avant, tous passaient par ma mère, c'était elle le premier interlocuteur, en tant qu'enfant on ne s'adresse jamais à nous donc, du coup c'était elle qui gérait entièrement la maladie, moi je me, je subissais et je suivais .../... Je me suis souvent sentie déshumanisée » (Maryline, 31 ans),*

D'autres vont au contraire développer une confiance aveugle en leur médecin :

« Le patient qui a complètement confiance en son médecin et qui va fermer les yeux, qui va foncer, tête baissée en fonction de ce que son médecin lui dit, il y en a beaucoup » (assistante sociale)

et qui est parfois soutenu par les parents, le modèle principal des patients :

« Ma mère, elle est dans le monde médical, elle sait encore plus de choses et puis même surtout je me dis tout le temps que si mes parents ils étaient pas là, je pense pas que je serai dans cet état là parce que vraiment ils m'ont aidé » (Laetitia, 22 ans), « Il y a des parents qui ont du mal à voir les choses comme ça, parfois qui ont tendance à étouffer complètement leurs enfants, à les isoler complètement et à être vraiment que dans du soin et puis dans la surprotection » (assistante sociale).

Cet attachement inconditionnel chez la plupart des enfants, est renforcé pour les patients qui ressentent une forme de culpabilité face à la responsabilité des parents qui ont, d'après les patients, eu à subir le malade.

« mes parents de base ils sont un peu traumatisés de la muco. » (Odile, 33 ans), « c'est en grande partie à cause de moi, avoir un enfant malade c'est pas facile, ma naissance n'a pas été facile. » (Céline, 23 ans).

Ce sentiment de culpabilité et d'enfermement dans l'état de malade est entretenu par le corps médical lorsque ceux-ci veulent prendre le pouvoir sur leurs soins.

« Il y a une grosse différence entre la pédiatrie et les adultes dans les CRCM et souvent en pédiatrie ils essaient de garder le plus longtemps possible les jeunes avant de les faire basculer » (kinésithérapeute), « le médecin après, il a réussi à me faire culpabiliser en disant, enfin c'était des trucs assez durs, c'était des trucs du genre : "tu préfères mourir plutôt que de te faire perfuser 15 jours" » (Odile, 33 ans).

Les patients tentent, lorsqu'ils le peuvent de se détacher de cet enfermement lors du passage à la condition d'adulte en éloignant la pression de l'entourage notamment lors des consultations,

« mes parents c'est pareil à partir du moment où je suis passé en adulte je voulais plus qu'ils viennent [...] mon médecin en fait il fout la pression sur eux » (Odile, 33 ans),

D'autres intègrent des groupes de pairs pour se sentir accepté et partager leur quotidien avec des personnes qui les comprennent :

« c'est vraiment une communauté en fait les gens ils ont l'impression qu'on est tous potes » ; « mes potes muco, c'est des vrais potes hein autant que mes potes de fac ou mes potes de lycée » (Odile, 33 ans).

Le contact avec d'autres patients ou l'implication dans des associations permet au patient de prendre de la distance par rapport à son état de malade mais également d'avoir des retours d'autres patients sur les différents soins pour le rassurer ou l'aider.

« Peu importe ce qu'on leur propose, ce qui les importe c'est de pouvoir se retrouver pour partager un moment tous ensemble. » (membre d'une association). *« mes parents ils vont même pas au virades de l'espoir [...] les asso c'est mon truc et limite j'apprécie »* (Odile, 33 ans).

Ces déductions ont permis de montrer que le système créé autour du patient tente de mettre le patient au centre d'un point de vue médical sans prendre en compte ses désirs et ses besoins. Les avis divergent entre les personnes interrogées mais la tension entre empowerment et enfermement reste palpable et se retrouve dans le désir du patient à prendre le pouvoir sur sa maladie : *« c'est choisir de pas choisir »* (Patrick, 39 ans), *« j'aime bien être responsable de mes propres soins décider moi-même »* (Odile, 33 ans), chacun doit être *« expert de son corps »* (Céline, 23 ans).

Discussion

Cette recherche, qui se veut exploratoire, a pour but de comprendre le vécu des patients et leurs rapports avec les différents acteurs du système défini, tant sur le plan médical et social que professionnel et personnel. Les acteurs autour du patient jouent un rôle de conseillers sur les traitements et tentent d'influencer les patients en le gardant dans son rôle de malade. L'analyse du concept d'empowerment réalisée par Le Bossé et Lavallée (1993) montre que les relations à l'environnement font partie intégrante du concept. Pour pallier un sentiment d'impuissance, les personnes en condition d'incapacité font avancer leur cause en adhérant à des communautés de pairs et en s'informant sur leur condition. Chaque individu, dans sa singularité, est expert de sa propre vie. Une collaboration entre les différentes parties quel que soit le milieu étudié permet l'amélioration du bien-être et la prise de pouvoir par les individus. (Deutsch, 2015). La recherche sur le bien-être du patient atteint de mucoviscidose participe à la construction du concept de liminalité et de communitas dans un cas particulier d'handicap invisible. Elle permet également de participer aux recherches sur l'empowerment et faire le lien entre empowerment et liminalité.

Permettre au soignant de faire la différence entre ce qui est bon pour le patient et ce qu'il désire pourrait permettre au patient de reprendre le pouvoir d'agir sur sa maladie. La responsabilité peut être partagée entre le patient et la famille en incluant le patient dès le plus jeune âge. Comprendre la communication entre les différents organismes permettrait également de renforcer la cooptation et l'innovation. Nous pouvons également nous demander, puisqu'a été soulevé la question d'intégrer le patient dans la prise de décision dès le plus jeune âge, comment s'assurer que ses décisions soient éclairées et comment trouver un équilibre entre son droit de refus et le besoin des différents acteurs de lui faire suivre ses soins.

Cette recherche débute et tous les acteurs n'ont pas pu être interrogés. La méthode de récolte des données qualitatives comporte également des limites. S.J. Taylor et R. Bogdan (1984) décrivent la méthodologie qualitative comme l'intention des chercheurs de comprendre des phénomènes plutôt que de se fier aux théories existantes. Cette compréhension des phénomènes ne doit pas être biaisée par le vécu du chercheur ou par son interprétation personnelle des résultats. Aussi, l'angle de l'empowerment et du système autour du patient pourrait être élargi, dans une prochaine recherche, au ressenti des acteurs de ce système pour comprendre quels sont les facteurs qui les poussent à vouloir prendre le contrôle sur la maladie, leur relation à la mort par exemple.

Bibliographie

AMBROISE L., BÉRARD C., PRIM-ALLAZ I., SÉVILLE M., GARRAUD O., « Proposition d'un modèle relationnel de l'intention de donner son sang : les effets de l'empowerment psychologique et de l'engagement », *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 2015, vol. 33, no. 1, pp. 23-44

Association Etoiles des neiges, <https://www.etoilesdesneiges.com/Contacts-et-soutien.html> [en ligne] consulté le 15/03/2022

Association Vaincre la Mucoviscidose, <https://www.vaincrelamuco.org> [en ligne] consulté le 05/02/2022

BLANC Alain, « Handicap et liminalité : un modèle analytique, Disability and liminality: An analytical model », Centre de recherche économique sur les politiques publiques dans une économie de marché (CREPPEM), EA no. 4146, université Pierre-Mendès France, Grenoble, France, 2010

BOGDAN, R.C. et TAYLOR, S.J., « Qualitative Research Methods », New York, Wiley, 1984 (1975)

Colloque des jeunes chercheurs organisé par l'association Vaincre la Mucoviscidose depuis 2018

DEUTSCH Claude, « L'empowerment en santé mentale », *Sciences et actions sociales*, no. 1, 2015

GARRAU Marie et LE GOFF Alice, « Introduction aux théories du care, Care, justice et dépendance », *Philosophies*, Presses Universitaires de France, 2010

GIRARD Gabriel, « “Insider-outsider”, une posture intenable ? Retour sur des enjeux de positions dans une recherche sur l'homosexualité et le sida ». *Presses de l'Université du Québec. La recherche communautaire VIH/sida. Des savoirs engagés*, 2015

KAUFMANN Jean-Claude, Ego. « Pour une sociologie de l'individu. Une autre vision de l'homme et de la construction du sujet », *Revue française de sociologie*, 2001

LE BOSSÉ Y., LAVALLÉE M., « Empowerment et psychologie communautaire Aperçu historique et perspectives d'avenir ». *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 1993, no. 18, pp 7-20

LE RHUN, GREFFIER, MOLLÉ, PÉLICAND, « Spécificités de l'éducation thérapeutique chez l'enfant, Pediatric specificities in therapeutic patient education of children », *Revue Française d'Allergologie*, 2013, vol. 53, pp. 319-325

LEMERLE-GRUSON Sophie et MÉRO Sophie, « Adolescence, maladies chroniques, observance et refus de soins », *Laennec*, 2010, vol. 58, no. 3, pp. 21-27

Little M., JORDENS C., Paul K., MONTGOMERY K. et PHILIPSON B. (1998), "Liminality: a major category of the experience of cancer illness, *Social Science & Medicine*", vol. 47, no. 10, 1485-1494

MURPHY R.F., "The Body Silent", New York, W.W. Norton, 2001 [1987]

NINACS W. A., « Empowerment et Intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité », Québec, Presse Universitaire de Laval, 2008

NINACS W. A., « Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec », Thèse pour l'obtention du grade de Philosodphiae Doctor (Ph.D.), Faculté des Études supérieures de l'Université Laval, 2002

PÉLICAND Julie, FOURNIER Cécile et AUJOULAT Isabelle, « Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie: quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins ». *ADSP*, 2009, vol. 66, pp. 21-23

RAPPAPORT J., "Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology", *American Journal of Community Psychology*, 1987, vol. 15, no. 2, pp. 121-148

THOMASSEN, B., "The Uses and Meaning of Liminality, *International Political Anthropology*", 2009, vol. 2, no.1, pp. 5-28

TURNER Victor W., "Betwixt and Between. The Liminal Period", in *Rites de Passage, dans The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual*. Ithaca, Londres : Cornell University Press, 1967, pp. 93-111

VAN GENNEP Arnold, « Ethnographie, sociologie, « jolies choses » et techniques », *Socio-anthropologie*, 1998, no.3

Annexes

Tableau 1 : personnes interrogées

Position dans le système	Activité exercée	Lieu	Date	Durée (enregistrement)
Corps médical	Cheffe de service	Hôpital 1	17/03/2022	90 minutes
	Interne en pneumopathologie	Hôpital 1	04/04/2022	36 minutes
	Infirmière coordinatrice	Hôpital 1	04/04/2022	refus d'enregistrement
	Diététicienne	Hôpital 1	04/04/2022	Pas d'enregistrement
	Infirmière coordinatrice	Hôpital 2	22/04/2022	60 minutes
	Assistante sociale	Hôpital 1	26/04/2022	52 minutes
	Enseignant en activités physique adaptées	Hôpital 2	28/04/2022	43 minutes
	Pneumologue adulte	Visioconférence	29/04/2022	35 minutes
	Kinésithérapeute	Hôpital 2	05/05/2022	38 minutes
Acteur externe	Pathologie professionnelle	Visioconférence	11/05/2022	36 minutes
Association	Enseignant en activités physique adaptées	Visioconférence	13/05/2022	69 minutes
Patients	Étudiante	Visioconférence	11/11/2022	Pas d'enregistrement
	Membre association et chercheuse	Visioconférence	19/11/2022	158 minutes
	Étudiant entrepreneur	Visioconférence	21/12/2022	248 minutes
	Étudiante	Visioconférence	21/12/2022	79 minutes
	Étudiante	Visioconférence	30/12/2022	129 minutes (entretien écourté par une urgence extérieur du répondant)
	Doctorante	Visioconférence	01/12/2022	63 minutes